**Дипломная работа**

**Особенности сестринского дела в работе с суицидальными пациентами**

**Введение**

Актуальность темы исследования*.* Медицинская сестра на современном этапе развития отечественного здравоохранения рассматривается государством и обществом как уникальная личность, способная самостоятельно выполнять круг определенных обязанностей на высоком профессиональном уровне [11,25]. В связи с этим к профессиональной деятельности среднего медицинского персонала предъявляются повышенные требования, с учетом которых осуществляется поиск новых подходов к повышению качества и оценке эффективности их труда [7,14].

В основе формирования качественно нового уровня сестринской помощи населению лежат совершенствование сестринского дела, развитие научных исследований в данной области и использование их результатов в практическом здравоохранении [9,11]

Работа среднего медицинского персонала в условиях психоневрологических учреждений отличается от таковой в других больницах и имеет ряд особенностей. Эти особенности обусловливаются тем, что многие психически больные не понимают своего болезненного состояния, а некоторые вообще не считают себя больными. Кроме того, у пациентов с расстроенным сознанием может наблюдаться резкое двигательное возбуждение. В связи с этим к медицинскому персоналу в психиатрических больницах предъявляют особые требования: постоянная бдительность, выдержка и терпение, находчивость, чуткое, ласковое отношение и строго индивидуальный подход к пациентам, в частности с суицидальными попытками.

Во многих странах мира медицинские сестры в области психического здоровья являются единственными специалистами, от которых зависит благополучие и состояние здоровья пациента (Ritter S., 1993). Поэтому реформирование отечественной психиатрической помощи связано с возрастающей ролью среднего медицинского персонала в условиях развития сестринского дела и потребностью общества в качественном обслуживании и уходе [5].

Особенности сестринского ухода за суицидальными пациентами остаются малоизученными и не учитываются в системе профессиональной подготовки, что ведет к недостаточно высокому уровню оказания помощи суицидальным пациентам.

Уровень и динамика суицидов служат наравне с убийствами одним из важнейших индикаторов социальной, экономической, политической ситуации и ее изменений, «барометром» жизнедеятельности общества, его благополучия (или неблагополучия). Вот, почему так важно изучать динамику суицидальных проявлений, изменений в половозрастном, социальном составе суицидентов. Однако точных данных по суицидам нет. Официальным источником зарегистрированных смертей от самоубийств являются сведения, публикуемые в ежегодниках Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [13], но данные по России начали публиковаться лишь с 1988 г. а сами ежегодники выходят в Женеве и поступают в отечественные библиотеки с запозданием. [9].

Ранее проведенные исследования сестринской помощи суицидальным пациентами в психиатрической службе посвящены вопросам организации ухода за психически больными с первой в жизни госпитализацией (Голенков A.B., Аверин A.B., 2004). Отсутствуют исследования, содержащие результаты оценки кадрового потенциала среднего медицинского персонала стационарного звена психиатрической службы, предложения по оптимизации обеспечения качественной сестринской службы в психиатрических ЛПУ, что и послужило основанием для проведения исследования и определило его актуальность.

Цель исследований: исследовать обеспечение качественного сестринского ухода за суицидальными пациентами.

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд задач, а именно:

изучить теоретические аспекты суицидального поведения;

исследовать необходимость в качественном сестринском уходе за суицидальными пациентами;

выявить основные методы оценки качества сестринского ухода в психиатрических учреждениях;

дать оценку кадрового потенциала среднего медицинского персонала в ЛПУ как фактора, определяющего состояние качества его профессиональной деятельности.

исследовать нагрузку медицинского персонала как показателя, обеспечения качества в ЛПУ;

изучить уровень самоубийств по данным Калининградской областной психиатрической больницы №2;

проанализировать причины самоубийств среди пациентов Калининградской областной психиатрической больницы №2;

дать оценку обеспечения качественной медицинской помощи суицидальным пациентам в ЛПУ;

разработать комплекс предложений по совершенствованию подходов к обеспечению качества профессиональной деятельности среднего медицинского персонала стационарного звена за суицидальными пациентами.

Объектом исследования явились пациенты больницы.

Предмет изучения - обеспечение качества медицинской помощи в ЛПУ за суицидальными пациентами.

Теоретической основой исследованияявились труды отечественных и зарубежных ученых в области общественного здоровья, оценки человеческого капитала в России, сестринского дела.

Методы исследования:

изучение и анализ научной литературы по данной проблеме;

изучение и анализ документов, собеседования с пациентами и сотрудниками поликлиники;

анализ эмпирических исследований;

анкетирование медицинских работников.

Информационной базойисследования стали данные Госкомстата России, результаты вторичного анализа социологических обследований, различные статистические материалы и учетные документы (медицинские карты, экстренные извещения, листки нетрудоспособности, карты выбывших из стационара, врачебные свидетельства о смерти, другие специальные бланки и анкеты). При изучении заболеваемости и смертности населения пользуются «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, включающей 21 класс заболеваний, которые разделены на блок рубрик, термины и диагностические формулировки.

Теоретическая и практическая значимость**.** Теоретическая значимость исследования состоит в том, что его основные положения и выводы могут быть использованы администрациями больниц, органами законодательной и исполнительной власти при формировании политики, направленной на улучшение здоровья населения России и ее регионов.

Практическое значение работы состоит в возможности использования ее результатов при подготовке различных стандартов для медицинского персонала.

В дипломной работе отражен обзор литературы за период с 1993 по 2009 год.

Дипломная работа состоит из введения, разделов: «обзор литературы», «практическая часть», списка литературы, заключение, приложение.

# **1. Обзор литературы**

# **1.1 Необходимость качественного сестринского ухода за суицидальными больными**

сестринский пациент суицидальный помощь

Как «продукт состояния общества», суициды, их уровень и динамика, служат одним из важнейших индикаторов социальной, экономической, политической ситуации общества, его благополучия (или неблагополучия).

Суицид - умышленное лишение себя жизни. Под ним понимаются два разнопорядковых явления: во-первых, индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком; во-вторых, относительно массовое социальное явление, заключающееся в том, что некоторое количество людей добровольно уходят из жизни. Как индивидуальный поступок суицид служит предметом психологии, этики, медицины; как социальное явление - предмет социологии (Чеканов М.М, 2006).

Под суицидальным поведением понимается стремление человека к смерти. Оно может быть обусловлено формированием внутри личностного конфликта под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств, вызывающих стремление к лишению себя жизни без реального воздействия внешних ситуационных факторов. Если при первом варианте побуждение к суициду чаще всего осознано, осмыслено и произвольно, то при втором возможно нарушение осознания и понимания смысла собственных намерений и действий, а также утрата произвольности.

Существует множество разновидностей суицидального поведения и их классификаций по разным основаниям (причины, стадии, мотивы и др.)

Э. Дюркгейм, автор первого социологического труда, посвященного самоубийствам (суицидам) (1897), различал их по причинам: эгоистические (как результат недостаточной интеграции общества, ослабления связей между индивидом и обществом); альтруистические (ради действительного или мнимого блага других); аномические (в кризисном обществе, находящемся в состоянии аномии, когда старые нормы не действуют, новые отсутствуют или не усвоены населением, существует конфликт норм) (Дюркгейм Э., 1994).

Е. Шнайдман выделяет три типа самоубийств: эготическое (самопорицающая депрессия), дуалистическое (следствие фрустрации, ненависти, стыда) и «выламывающийся» (ageneratic) - результат «выпадения» из поколенческих, родственных связей, сетей [8].

Бэгли (Bagley) с соавторами выделяет суицид как следствие хронической депрессии; социопатический и старческий. А. Бэхлер различает самоубийство эскапистское (бегство, уход); агрессивное; жертвенное и «нелепое» (следствие самоутверждения в деятельности, сопряженной с риском гибели) [6].Отечественная классификация предпринята В. Тихоненко [8].

Самоубийство - сложный, многоаспектный (философский, психологический, нравственный, юридический, религиозный, культурологический, медицинский и пр.) междисциплинарный феномен.

Каждый индивидуальный суицидальный акт имеет свои истоки, мотивы, может объясняться социально-психологической дезадаптацией личности [7], депривацией, фрустрацией, психическими отклонениями.

Уровень суицидов повышается в годы экономических кризисов, депрессий и роста безработицы [7]. Будучи следствием отсутствия или утраты смысла жизни («экзистенциальный вакуум», по В. Франклу [8]), самоубийства растут в годы идеологических кризисов.

На уровень суицидов влияет историко-культурологический фактор: насколько данная культура предлагает, подсказывает суицидальную модель возможного «разрешения» кризисной ситуации. Поэтому традиционно высок уровень самоубийств среди жителей стран угро-финской группы (Венгрия, 2006 - 35,3; Эстония, 2004 - 40,9; Удмуртия, 2006 - 41,1) [8].

Согласно статистическим данным Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского в России каждый год кончают с собой около 60 тысяч человек. В то время как ВОЗ считает критической цифрой 20 на 100 тысяч населения, средний показатель по России - 38, а среди мужчин - 60 на 100 тысяч населения [49].

Общие сведения о зарегистрированных суицидах в Российской Федерации в 2008-2010 гг. представлены в табл. 1.

Таблица 1- Количество и уровень завершенных самоубийств в Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
| Годы | Российская Федерация |
|  | Абсолютное количество (в тыс.) | Уровень |
| 2008 | 61,9 | 42,1 |
| 2009 | 60,9 | 41,4 |
| 2010 | 57,8 | 39,3 |

В период с 2008-2010 г. происходит небольшое снижение уровня суицидов. У людей, после кризиса 2008 г., появилась надежда на улучшение атмосферы экономической, социальной стагнации.

По данным исследований, в России существует специфика предрасположенности к суициду среди определенных возрастных, половых, этнических и социальных групп.

Российские мужчины заканчивают жизнь самоубийством в шесть раз чаще, чем женщины. Очевидно, это свидетельствует, во-первых, об относительно больших психотравмирующих нагрузках на мужчин, а во-вторых, о большей пластичности и адаптивности женщин к условиям социального бытия.

Наибольшее число самоубийств среди мужчин наблюдаются в возрастной группе 45-54 года. Значительными факторами суицидального поведения среди россиян, по мнению специалистов, являются злоупотребление алкоголем и депрессивные расстройства [44].

По абсолютному количеству самоубийств после мужчин на втором месте стоят подростки. В целом в России смертность от несчастных случаев, убийств и самоубийств составляет около 212 человек на 100 тысяч населения.

По статистике, по абсолютному количеству подростковых самоубийств среди детей в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место [42].

В России ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2 тысяч 500 несовершеннолетних в год. Что же касается количества суицидов на душу населения, Россия занимает третье место в мире - после Шри-Ланки и Казахстана [7]).

Очевидно, повышенная импульсивность молодых, их незакаленность в житейских бурях быстрее приводят к эмоциональным поступкам, включая суицидальные, но в силу тех же обстоятельств и «стихийности» покушения, чаще всего не завершаются летальным исходом [9].

Статистика не дает ответа на вопрос о роли иных социально-демографических факторов в генезисе социального поведения. Исследования [7] позволяют обозначить некоторые тенденции.

Наличие семьи - в целом антисуицидальный фактор. Уровень самоубийств среди несемейных, одиноких выше. Семейные конфликты могут сами стать поводом трагического выбора. Эта двойственная роль семьи (без семьи - плохо, плохая семья - еще хуже) проявляется в мотивации суицидальных актов. По данным А. Амбрумовой (Москва) и Я. Гилинского (С.-Петербург), выявлены: высокий процент самоубийств по мотивам, связанным с одиночеством или же семейным конфликтом; преобладание мотивов, зависящих от конфликтов в семье; более значимый для мужчин мотив конфликтности в семье при более значимом для женщин мотиве одиночества [9].

Среди суицидентов преобладают лица с относительно невысоким образовательным уровнем и относительно низким социальным статусом (рабочие, безработные, неработающие и неучащиеся).

Число людей, добровольно расстающихся с жизнью, особенно повышается ранней весной. У российских мужчин около 90% убийств и 80% самоубийств приходится на трудоспособный возраст, у женщин более половины самоубийств (54%) и около одной трети убийств (31%) - на возрасты старше трудоспособного (А. Амбрумова, и др., 2007).

К группам повышенного суицидального риска относятся военнослужащие срочной службы (до 70% всех самоубийств в армии приходятся на первый год службы), заключенные (60% всех самоубийств в течение первых трех месяцев и в последние месяцы перед освобождением), офицеры в отставке и лица, вышедшие на пенсию. Очевидно, наиболее «суицидоопасен» не столько определенный статус, сколько его изменение, утрата положения, занимаемого в обществе («комплекс короля Лира») (Я. Гилинский, и др.).

Сохранились российские тенденции, относящиеся к способу ухода из жизни: на первом месте - самоповешение, на втором - отравление (с несколько более высокими показателями у женщин), далее следует применение холодного оружия, падение с высоты, применение огнестрельного оружия (у мужчин) и утопление (у женщин) [9].

В Российской Федерации больше половины самоубийц принимают решение в состоянии аффекта. Их особенно много среди смертельно больных. Суицидальный синдром может иметь мотив «кому-то назло». Отдельно стоит в общей картине суицидальных мотивов - любовь. Число самоубийств, совершаемых именно из-за неразделенной любви, в возрасте до 16 лет составляет 42,2% у девушек и 36,6% у юношей. К 25 годам удельный вес этой причины резко сокращается.

Анализ регистрационных записей, занесённых в базу данных Калининградской областной психиатрической больницы №2, показывает, что за последние три года (2008, 2009, 2010.) в Калининградской области произошло в общей сложности 1437 самоубийств, не завершившихся смертью суицидентов. Более половины из них - 725 (50,5%) - были совершены молодыми людьми в возрасте от 14 до 29 лет, 699 (48,6%) - представителями старших возрастных категорий и 13 (0,9%) - детьми и подростками, не достигшими 14 - летнего возраста. Данные тенденции отражены на рисунке 1 [46].



Рисунок 1 - Процентное соотношение суицидентов по возрастным категориям

Так, статистические данные по Калининградской области показывают, что число детских, молодёжных и подростковых самоубийств в последние годы увеличивалось быстрее, чем в старших возрастных категориях. Если по молодёжной группе прирост в 2010 г. по сравнению с 2008 г. составил 15,5%, а по детям и подросткам - 30%, то темпы роста суицидов среди лиц старших возрастов были более низкими - 12,6% [46].

Анализ статистических данных свидетельствуют также, что количество суицидальных попыток в обследованный период имело тенденции к росту.

Анализ статистических данных способов самоубийств показывает, что медикаментозные отравления выступают сегодня наиболее распространённым способом ухода из жизни практически во всех возрастных категориях суицидентов. Они полностью доминируют среди детей и подростков и лишь в группе 20 - летних чуть отходят на второй план, уступая первенство умышленному травмированию.

Пожилые люди чаще остальных пытаются покончить с собой путём самоповешения, хотя и у них преобладают «пассивные» методы самоубийства, связанные с сознательной передозировкой медикаментов. (табл 2.) (рис 2,3)

Таблица 2 - Способы самоубийства в зависимости от пола и возраста суицидентов, %

|  |  |
| --- | --- |
| Группы | Способы самоубийства |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| мужчины | 27,7 | 1,4 | 59,2 | 4,0 | 4,3 | 3,4 |
| женщины | 65,9 | 3,3 | 28,3 | 2,5 | 0,3 | 0,0 |
| Возраст: 11-13 лет | 84,6 | 0,0 | 7,7 | 0,0 | 7,7 | 0,0 |
| 14-19 лет | 54,6 | 3,0 | 39,7 | 1,3 | 0,9 | 0,4 |
| 20-29 лет | 44,3 | 2,0 | 45,1 | 4,1 | 2,9 | 1,6 |
| 30-59 лет | 39,9 | 6,8 | 36,7 | 4,6 | 9,4 | 2,6 |
| 60-87 лет | 51,5 | 7,3 | 21,3 | 4,1 | 10,6 | 5,7 |

**Примечание**:

. Медикаментозные отравления (уксусной эссенцией, аммиаком, бытовым газом и т.п.)

. Прочие отравления.

. Самотравмирование (умышленное самонанесение ножевых ран, вскрытие вен).

. Падение с высоты, переломы.

. Самоповешение.

. Прочие (утопления, ожоги, сотрясения мозга и т.п.)



Рисунок 2 - Способы самоубийства в зависимости от пола в Калининградской области



Рисунок 3 - Способы самоубийства в зависимости от возраста

Итак, исследуя рис. 2,3, отметили следующие тенденции. В Калининградской области среди женщин намного чаще встречаются самоотравления (65,9%), среди мужчин - умышленное самокалечение: нанесение ножевых ран, вскрытие вен и др. (59,2%).

По способам добровольного прерывания жизни незавершённые самоубийства, таким образом, существенно отличается от завершённых. Если самоаннигиляция значительно чаще совершаются с использованием «активных методов» (самоповешение, смертельные ранения и т.п.), то суицидальные попытки - с применением «щадящих» средств, оставляющих человеку надежду на продолжение жизни.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, видим, что уровень суицида в России, и в частности, в Калининградской области, растет. Количество суицидальных попыток увеличивается, не зависимо от возрастной категории. Это говорит о глубочайшем кризисе в психиатрической службе здравоохранения в Российской Федерации.

В Калининградской области, как и по России в целом, растет необходимость в создании определенных программ реабилитации и помощи суицидальным пациентам, в обеспечении качественного сестринского ухода.

# **.2 Качество медицинской помощи. Сущность. Факторы, определяющие качество сестринской помощи**

В России сестринский персонал, составляющий самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги, рассматриваются как ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи (Поляков И.В., 2002; Санникова Н.И, 2003; Двойников С.И., 2005; Рябчикова Т.В., 2005; Ванюшина Т.В., 2005; Анищенко С., 2006; Лаптева Е.С. с соавт, 2006).

Проблема оценки качества медицинской помощи в настоящее время приобрела характер важнейшей задачи, непосредственно связанной с политикой и стратегией организации здравоохранения.

Качество медицинской помощи рассматривается сегодня с разных позиций - эффективности, адекватности, экономичности, морально-этических норм [15,34].

Под качеством медицинской помощи понимается комплекс диагностической и лечебной помощи, который приводит к оптимальным для здоровья конкретного пациента результатам, в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как возраст, основные и сопутствующие заболевания, реакция на выбранное лечение, при извлечении минимальных средств с минимальным риском дополнительного травмирования или нетрудоспособности [15].

Поскольку пока не существует единой методологии, само понятие качества сестринской помощи до настоящего времени не имеет четкого определения. Считается очень важным привлечь внимание к организации оценки качества сестринской помощи (КСП). Современный опыт сестринской медицинской помощи населению показывает, что сестринская помощь является неотъемлемой частью лечебного процесса.

Развитие сестринского дела требует, чтобы каждая медицинская сестра брала на себя ответственность за сестринскую помощь и располагала достаточными полномочиями для этого. Ответственность стала одним из основополагающих принципов «глобальной стратегии достижения здоровья всех» и имеет перспективное значение для профессиональной сестринской помощи. Медицинская сестра должна четко знать границы своих полномочий и меру своей ответственности [12].

Высокий профессиональный уровень качества сестринской медицинской помощи может сохраняться при условии хорошо функционирующей системы обучения, наличия профессиональной практики, контроля за проведением медицинских мероприятий и за деятельностью медицинского персонала.

Формирующиеся рыночные отношения диктуют глобальные преобразования, как в сфере подготовки медицинских сестер, так и в приближении качества и доступности сестринской помощи к потребителям - населению.

Качество сестринской помощи можно рассматривать как совокупность характеристик и медико-экономических показателей, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям и ожиданиям пациента, современному уровню технологий и медицинской науки [13].

Основными критериями качества сестринской помощи являются:

- доступность - возможность получить необходимую медицинскую помощь и уход независимо от экономических, социальных и иных барьеров;

- непрерывность и преемственность - получение пациентом необходимой медицинской помощи без задержки и перерывов;

- безопасность - сведение до минимума риска возможных осложнений, побочных эффектов лечения;

- результативность - эффективность сестринских вмешательств, улучшающих здоровье пациента [12].

В связи с повышением роли среднего медицинского персонала в деле предоставления населению качественной медицинской помощи отмечается рост работ, посвященных изучению факторов, оказывающих влияние на качество сестринской помощи. В выполненных ранее исследованиях подчеркивается, что основным фактором, определяющим качество сестринской помощи, является квалификация средних медицинских кадров (Косарев И., 2000; Дзугаев К.Г. 2002; Мальцева Н.С., 2004; Шевченко И.А., 2004; Качанова Л.А., 2005; Семенов С.Н., 2005).

Некоторые исследователи связывают уровень качества сестринской помощи со степенью развития сестринского дела в стране, городе, лечебном учреждении и от возложенных функциональных обязанностей на медицинскую сестру (Лепляева А.К., 2004), уровнем оснащения лечебного учреждения и рабочего места медицинской сестры (Гришин В.В., Семенов В.Ю., 1997; Тарновская И.И., 2002; Гаджиев P.C., Садрадцинова Н.О., 2005).

Другие исследователи считают, что на качество сестринской помощи оказывает степень перегруженности среднего медицинского персонала, и напротив, наличие достаточного по количеству и разнообразию, по квалификации и специализации штата медицинских сестер, ведет к повышению качества сестринской помощи, сокращению сроков госпитализации и к снижению смертности пациентов (Бубликова И.П., 2003; Фомина Е.Ф., 2003; Двойников С.И., 2004; Данцигер Д.Г**.С** соавг., 2004; Савельева И., 2006).

Доказательством влияния высокой рабочей нагрузки на медицинских сестер может служить исследование, проведенное С.И. Крушининым и Е.Ю. Пего - вой (2006) на базе госпиталя для ветеранов ВОВ, которые доказали, что рабочая нагрузка 20 пациентов на одну медицинскую сестру является высокой, и снижает качество сестринского ухода. С целью повышения качества сестринской помощи и удовлетворенности пациентов авторы указывают на необходимость уменьшении рабочей нагрузки до 10 больных на одну медицинскую сестру.

И.Г. Греков (2004) также считает, что принятые в 60-70 годы нормативные нагрузки, устарели, и предлагает пересмотреть их в связи с усложнением и ростом интенсивности лечебного процесса [13, с. 18].

По мнению А.И. Левшанкова (2004), выполнение средними медицинскими работниками неквалифицированной работы младшего медицинского персонала снижает качество оказываемой сестринской помощи, что также согласуется с мнением ряда авторов: В.М. Шиповой (2000); С.И. Двойникова, О.П. Пензиной (2004); И.Г. Грекова (2004, 2005) [24].

Качество и эффективность сестринской помощи, по мнению ряда авторов Ширяева Е.С., 2001; Шабров A.B. с соавт., 2002; Сорокина М.Г., 2006, зависит от состояния здоровья средних медицинских работников [43, 44].

В литературе имеется достаточно работ, посвященных изучению влияния разных производственных факторов на состояние здоровья средних медицинских работников. Наиболее часто средний медицинский персонал подвергается воздействию высокого нервно-эмоционального перенапряжения. Высокую степень нервно - эмоциональной нагрузки в работе среднего медицинского персонала подтверждает ряд работ зарубежных авторов. Среди других неблагоприятных факторов производственной среды были указаны: вынужденная рабочая поза; чрезмерное напряжение анализаторных систем и слабая освещенность рабочих мест; вредные химические вещества и биологические агенты (Степанов С., 2003), ультразвук, лазерное воздействие, радиация [37].

Факторами, снижающими качество сестринской помощи, по наблюдению специалистов, являются: низкий уровень коммуникативных и педагогических навыков медицинских сестер, препятствующих установлению психологического контакта с пациентом и его родственниками (Миллер Г.А., 2000; Клиппель Е., 2004); низкий уровень самооценки (Глотова И.Г, Стрельникова А.Н., 2000); и низкий уровень культуры работника (неуважительное отношение к личности пациента и отсутствие таких важных качеств, как сострадание и милосердие) (Бахтина Л.К., 2001.; Котова Г.И. с соавт., 2001).

Как считают Н.Г. Шамшурина и P.C. Криушин (2005), качество сестринской помощи зависит от качества взаимодействия врача, медицинской сестры и пациента [23].

По некоторым данным, качество сестринской помощи определяется профессиональным ростом медицинской сестры (Двойников С.И., Карасева Л.А., 2001; Рябчикова Т.В., 2005); удовлетворенностью системой оплаты труда (Двойников С.И., 2001); мотивацией сестринского персонала на качественный и эффективный труд (Захаров И.А. с соавт., 2004; Юдин C.B. с соавт., 2005).

Некоторые исследователи отмечают, что качество сестринской помощи зависит от психологического климата в коллективе и межличностных противоречий (Орлова Т.В., 2002; Хейфец A.C., 2004); организации процесса адаптации для новых сотрудников (Волина В., 1998; Блохина М.В., 2005); личных качеств работника (Миллер Г.А., 2000; Еремина Б.П., 2002).

# **1.3 Технологии повышения эффективности деятельности среднего медицинского персонала**

Качество медицинской помощи, оказываемой сестринским персоналом, предполагает совершенствование управления деятельностью сестринских служб, в частности психиатрической медицинской службы. (Слепушенко И.О., 2002; Назаренко И.М., 2004). Однако, существующая система управления сестринскими кадрами, когда врач отвечает за выполнение профессиональных функций медицинской сестры, а медсестра - санитарки, когда главная и старшая медицинские сестры большую часть своего рабочего времени вынуждены заниматься хозяйственными вопросами, стала тормозом для развития профессионализма и улучшения качества работы медицинских сестер, внедрению новых медицинских технологий (Альтман H.H., Грибкова JI.M., 2001).

В связи с этим неизмеримо возрастают задачи главных медицинских сестер ЛПУ, как руководителей среднего звена, по организации эффективной работы сестринского персонала в соответствии с новыми сложными проблемами [36].Эффективная управленческая деятельность главных медицинских сестер возможно только на основе использования современной науки об управлении (Жариков Е.С., 2002), менеджмента (Косарева H.H., 2004), лидерства (Аксанова М.А., 2000), психологии управления (Орлова Т.В., 2002) и навыков управленческой деятельности (Дружинина Т., 2006) [38].

В связи с вышеизложенным большой интерес представляет оптимальная модель кандидата на должность главной медицинской сестры ЛПУ: женщина в возрасте от 30 до 40 лет, желательно обаятельной внешности, с высоким уровнем интеллекта, хорошо подготовленная по психологии, управлению, законодательству, педагогике, умеет работать на персональном компьютере, имеет высшее образование (Карасева Л.А., 2002).

С целью совершенствования управления и повышения эффективности деятельности среднего медицинского персонала в некоторых лечебно - профилактических учреждениях страны внедряются новые структуры управления сестринским персоналом (Спирина Л.В., Панасюк Г.И., 1999). Одной из таких организационных структур являются советы медицинских сестер [25].

Для повышения эффективности управленческой деятельности в Советах медицинских сестер формируются сектора. Так, в совете медицинских сестер Самарского областного клинического кардиологического диспансера образованы 4 сектора: производственный, диетического питания, санитарный и культурного воспитания (Карева Т.И., 2000). На базе Московской клинической больницы №85 в состав совета медицинских сестер входят пять секторов: санитарный, производственный, учебный, хозяйственный и питания (Алексеева Г.М., 2001). В Ярославской областной клинической больнице структура совета представлена пятью секторами, при этом в трех из них созданы методические центры. На базе Магаданской областной больницы организованы четыре сектора: лечебно-производственный, санитарно-эпидемиологический, культурно-просветительский, питания. Для повышения эффективности управления сестринским персоналом в Омской областной клинической больнице созданы 8 сестринских служб и служба главной медицинской сестры. В Ивановской области на базе городской больницы восстановительного лечения организован Совет сестер, в составе которого образованы три сектора: научно-практический, сектор по этике, санитарно-просветительный.

Авторы отмечают, что подобная организация советов медицинских сестер позволяет решать вопросы улучшения качества сестринского обслуживания пациентов, повышения квалификации медицинских сестер, повышения престижа профессии медицинской сестры, научно-исследовательской деятельности среднего медицинского персонала, совершенствования качества культуры производственной работы медицинских сестер и усиления их персональной ответственности.

В качестве новых технологий, призванных обеспечить повышение эффективности сестринской деятельности, является сестринский процесс. С развитием этой системы ухода появилась сестринская документация, которая намного облегчила работу медицинской сестры и врача. Ряд новых сестринских технологий уже внедряются в практическое здравоохранение, некоторые находятся в стадии эксперимента и разработки. Это медико - социальная помощь геронтологическим пациетам (Трухина В.Ф., 2002); и внедрение современных сестринских технологий в отделения гинекологии (Иванова Н.Б., Ракова Л.П., 2004); неврологии (Тарновская И.И., 2000); колопроктологии (Мысикова Г.П., 2002); урологии (Сверчкова Л.С., 2005); хирургии (Кузьминых Е.Я., 2002); эндокринологии (Зорина Е.В., 2001); детские учреждения социального обеспечения (Плаксина В.А. с соавт., 2004), онкологические диспансеры (Левина И., с соавт., 2006), где сестринский процесс доказал свою эффективность..H. Альтман и Л.М. Грибкова (2001) считают эффективным методом управления персоналом создание профессиональных объединений, состоящих из врачей, работников со средним образованием, младших медицинских работников, обслуживающего персонала. Авторы подчеркивают, что создание подобных вертикально управляемых профессиональных объединений, позволит четко разграничить функции врачей, среднего и младшего медицинского персонала, освободить врачей от руководства повседневной деятельностью среднего медицинского персонала, предоставить главной и старшим медицинским сестрам реальные условия управления сестринским персоналом.

Новыми организационными структурами, повышающими эффективность труда старших медицинских сестер, среднего медицинского персонала и сестер-хозяек стационаров, являются оперативные отделы (Оськина Р.Н., 2000); централизованные наркотические службы ЛПУ в виде специализированных процедурных кабинетов (Оськина Р.Н 2002; Воробьева Л.А., 2002) и круглосуточных централизованных наркотических служб; централизованные сестринские посты (Блинова Н.И., 2002) [3].

Авторы отмечают, что оперативные отделы имеют большие потенциальные возможности по организации выполнения многообразных работ, возникающих в деятельности лечебных отделений стационаров. Благодаря централизации работы с наркотическими лекарственными средствами в ЛПУ удалось улучшить учет, хранение и использование НЛС. Организация централизованного сестринского поста по раздаче и учету лекарственных средств позволила уменьшить расход перевязочного материала, сократить перерасход медикаментов, наладить взаимосвязь аптеки и сестринских постов отделений.

Большие возможности для повышения эффективности управления сестринским делом, освобождения сестринского персонала от рутинной работы, усиления роли медицинских сестер в лечебно-диагностическом процессе имеют создаваемые в ряде ЛПУ компьютерные информационно-аналитические системы (Федосеева Л.С. с соавт., 2002).

Значительно расширяют возможности профессиональной деятельности старших медицинских сестер и медицинских сестер организация на базе ЛПУ автоматизированных рабочих мест. Такая информационная система позволяет не только учитывать льготные рецептурные бланки, но и проводить анализ работы медицинских сестер отделений, контролировать различные разделы их профессиональной деятельности, организовывать прием пациентов и осуществлять анализ состояния здоровья прикрепленного населения [4].

Использование медицинских информационных технологий позволяет повысить эффективность деятельности старшей медицинской сестры, оперативно анализировать и корректировать работу медицинских сестер.

Одним из важнейших направлений повышения эффективности деятельности среднего медицинского персонала является правильно организованный контроль за его работой. Контроль является сложной и специфической формой управленческой деятельности, в связи с чем, руководители сестринских служб должны заранее разрабатывать содержание различных видов контроля, использовать многообразные методы его ведения, оформлять соответствующую документацию, анализировать и обобщать результаты контроля. Никакой метод управленческой деятельности руководителей сестринских служб, не может компенсировать отсутствие или недостаточный объем контроля [14].

Созданию кадрового потенциала, обладающего высокими инновационными способностями, сильной мотивацией к выполнению задач, стоящих перед здравоохранением, способствует обучение персонала (Спирина Л.В1999). В настоящее время создана целая система мероприятий, направленных на получение квалификационных категорий, переаттестацию и сертификацию; систематическое изучение новых нормативных и методических материалов; обмен опытом, подготовку и проведение профессиональных конкурсов среди сестринского персонала; организацию работы по созданию благоприятных условий для обучения и проведение различных видов практики студентов медицинских училищ и колледжей на базе ЛПУ [4].

Профессиональное развитие оказывает положительное влияние и на самих средних медицинских работников. Повышая свой образовательный уровень и приобретая новые навыки и знания, они становятся более конкурентно - способными на рынке труда и получают дополнительные возможности для профессионального роста. Это особенно актуально в современных условиях быстрого устаревания профессиональных знаний. Значение непрерывного медицинского образования возрастает повсеместно и особенно в развитых странах мира, где все чаще используют системный подход к планированию подготовки медицинских кадров на последипломном уровне [21].

За последние годы для проведения работы по обучению сестринского персонала в ЛПУ начали создаваться новые организационные структуры - учебно-методические отделы (центры, кабинеты) по сестринскому делу, которые позволяют главным медицинским сестрам поднять обучение среднего и младшего медицинского персонала на качественно более высокий уровень: в большинстве учебно-методических центрах оборудованы учебные классы, оснащенные необходимым оборудованием для обучения; подобраны учебная и методическая литература, нормативные материалы; разработаны программы обучения, методики контроля усвоения материала (Бахтина И.С., 2001; Рымарчук А.К. с соавт., 2002).

И.С. Бахтина (2001) приводит пример организации отдела образования сестринского персонала, который совместно с училищем повышения квалификации внедряет короткие специализированные программы для обучения без отрыва от основной работы медицинских сестер различных специальностей и программы ориентации для вновь поступивших на работу [2].

В Московской городской клинической больнице №1 им. Н.И. Пирогова организован учебный центр, на базе которого проходят выездные циклы, проводимые преподавателями Училища повышения квалификации для средних и фармацевтических работников г. Москвы. В центре также проводится работа и со студентами базовых медицинских училищ по организации их учебной и производственной практики [2].

В городской клинической больнице №2 г. Владивостока функционирует учебно-методический центр медицинских сестер, в котором осуществляется обучение более чем на 20 учебных циклах, функционирует школа молодого специалиста. Центр оснащен всем необходимым для обучения (оборудование, литература), имеет собственный выход в Интернет (Лада Н.Д., Юн Ж.В., 2000). Учебно-методические центры также функционируют и в Московской городской клинической больнице №36 [2].

В Самарском областном клиническом диспансере работает методический кабинет по работе со средним медицинским персоналом, в котором наряду с обучением медицинских сестер, организовано ознакомление всех медицинских сестер диспансера с новыми нормативными и методическими документами, касающихся профилактики ВБИ, соблюдения санитарно-эпидемического режима [2].

Одним из инновационных направлений в совершенствовании профессионального мастерства является организация совместных проектов с зарубежными партнерами. Таким примером является совместный проект с американскими сотрудниками экспериментального отделения «Мини-госпиталь» по типу отделения сестринского ухода. Особенностью созданного отделения является проведение интенсивного сестринского наблюдения с ежедневным осмотром пациентов, ведение медицинской истории болезни с составлением плана ухода и решением проблем пациентов. Кроме того, «Мини - госпиталь» является не только базой для обучения медицинских сестер, но и приобрел статус отделения с международными стандартами обслуживания [5].

По мнению Д.Н. Малковой (2006), эффективной формой повышения квалификации медицинских кадров среднего звена, является наставничество. Как считают авторы, наставничество значительно сокращает издержки нововведений, как в кадровых изменениях, так и в профессиональном совершенствовании работников. Возрождение наставничества позволит, с одной стороны, повысить эффективность труда и сократить сроки адаптации вновь принятых медицинских сестер и других средних медицинских работников, с другой - поднять имидж и самоуважение опытных работников, на которых возложены функции наставников.

# **1.4 Современные подходы к оценке качества профессиональной деятельности среднего медицинского персонала**

Вопросам обеспечения качества сестринской помощи посвящено незначительное число работ, что связано с недооценкой важности сестринского дела и отсутствием разработок его научных основ (Саркисова В.А., 2003; Трофимова Г.А, 2004; Рябчикова Т.В. с соавт., 2005). В связи с тем, что среднему медицинскому персоналу отводилась роль лишь помощника врача и итоговая оценка качества и результатов его деятельности была необязательна [35].

Наряду с этим необходимо отметить, что вопросы оценки и реализации качества сестринской помощи отражают основные проблемы, присущие всей системе обеспечения качества медицинской помощи: определение единых критериев качества; совершенствование методик его оценки; разработка стандартов профессиональной деятельности; использование мер воздействия с целью повышения качества медицинской помощи (Демышева Е.В., 2001).

Некоторые исследователи считают, что современная экспертиза качества медицинской помощи в России в основном базируется на оценке работы врачей, а вопросы оценки сестринской помощи и сестринского ухода не находят должного отражения в существующих системах контроля качества (Демышева Е.В., 2001; Санникова Н.И., Башкирова Г.А., 2003; Косарева H.H., 2004; Греков И.Г., 2004). Поэтому важная задача по обеспечению качества сестринской помощи связана с разработкой стандартов профессиональной деятельности среднего медицинского персонала [12].

Отсутствие медико-технологических протоколов (стандартов) сестринских манипуляций, затрудняет оценку качества их выполнения и эффективное использование среднего медицинского персонала в достижении положительных результатов в лечебно - диагностическом процессе.

В связи с этим, руководителями сестринских служб самостоятельно разрабатываются и внедряются различные критерии оценки качества сестринской помощи. Однако имеющиеся в настоящее время способы оценки работы сестринских служб, по мнению A.M. Чухраева и И.Г. Грекова (2003), в ряде случаев недостаточно объективны и информативны, а зачастую и очень сложны [12]. С учетом изложенного авторы предлагают руководителям сестринских служб рассчитывать такие показатели, как: сестринская манипуляционная единица и индекс ухода при составлении штатного расписания сестринских служб, увеличивая число медицинских сестер в отделениях с интенсивной, высокотехнологичной деятельностью и сокращая - в отделениях с низким коэффициентом манипуляционной активности. А в отделениях с высоким индексом ухода необходимо увеличение числа младшего медицинского персонала за счет сокращения числа медицинских сестер [12].

Т.В. Кудрина (2005) предлагает оценивать качество работы палатных и процедурных медицинских сестер с использованием карты экспертной оценки и семи критериев оценки (уровень теоретической подготовки, уровень практической подготовки, внешний вид, соблюдение санитарно - эпидемиологического режима, соблюдение деонтологических принципов, ведение документации, проведение санитарно-гигиенического воспитания). Каждый критерий оценивается определенным количеством баллов, и выводится интегральный коэффициент качества. Авторы отмечают, что оценка качества деятельности медицинской сестры позволяет выявить лучшую по профессии, поощрить материально, стимулировать медицинскую сестру к повышению своего образовательного уровня, обеспечивает медсестре моральное удовлетворение [22].

Я.Л. Накатис с соавт. (2001) предлагает оценивать качество работы среднего медицинского персонала по экспертной карте оценки с учетом 7-бальной шкалы и расчета коэффициента трудового участия. Разработанная методика, по мнению Я.Л. Накатис с соавт., позволяет выявлять средних медицинских работников с низким уровнем качества сестринской деятельности и материально поощрить медицинских сестер с высоким уровнем качества профессиональной деятельности [2].

Г.А. Башкирова (2003) предлагает оценивать качество сестринского ухода методом хронометража рабочего времени. Данные результатов исследования свидетельствуют о необходимости использования унифицированной сестринской документации, в целях экономии рабочего времени и сокращения количества документации [22].

Исследование затрат рабочего времени медицинских сестер Т.Г. Светличная и Р.Л. Грошева (2004) предлагают по методу самофотографии [13]. Авторы отмечают, что основным достоинством данного метода является возможность проведения наблюдения за работой персонала на протяжении всего рабочего дня. Применяемый метод позволяет получить данные о расходах рабочего времени по различным элементам производительной и непроизводительной деятельности с учетом последовательности ее выполнения; установить непроизводственные затраты рабочего времени по количественным и качественным параметрам и выявить обуславливающие их причины; определить выполняемые персоналом несвойственные ему функции; разработать мероприятия по совершенствованию организационной структуры работы персонала.

В связи с повышением роли среднего медицинского персонала в деле предоставления населению качественной медицинской помощи отмечается рост работ, посвященных изучению удовлетворенности пациентов качеством сестринской медицинской помощи.

Уровень неудовлетворенности пациентов качеством сестринской медицинской помощи выше по сравнению с врачебной (Глотова И.Г., Кривецкий В.В., 1997). В качестве основных причин, по мнению населения, влияющих на качество сестринской помощи, являются: низкое состояние материально-технической базы медицинских учреждений; низкий уровень квалификации персонала; этические и деонтологические аспекты; отношение персонала к пациентам, а также аккуратность и дисциплинированность средних медицинских работников [44].

Подобная практика опроса пациентов с целью изучения степени их удовлетворенности качеством медицинской помощи оказываемой сестринским персоналом, довольно длительное время существует за рубежом. В результате таких опросов было установлено, что население в целом удовлетворено уровнем оказания сестринской помощи, несмотря на разногласия в оценке ее качества.

Так, например, в США и странах западной Европы посредством подобных социологических изучений определяются конкретные меры по совершенствованию системы здравоохранения в целом и изменению функций и структуры конкретных лечебных учреждений [12].

В отечественном здравоохранении контроль качества сестринской деятельности осуществляется каждым ЛПУ самостоятельно на основе разработанных стандартов деятельности медицинских сестер: листов учета дефектов и персонального учета качества работы каждого среднего медработника.

На основе действующей в стационаре локальной компьютерной сети главная медицинская сестра и старшие медицинские сестры ежемесячно осуществляют различные виды контроля за работой сестринского персонала: выполнение плана прививок, проведение флюорографического обследования, показатели работы медицинских сестер отделений [29,].

В.Т. Ролько (2005) предлагают оценивать качество деятельности среднего медицинского персонала с учетом интегрального коэффициента качества, коэффициента отклонений от сестринского технологического процесса, коэффициента трудового участия, коэффициента объема деятельности.

Т.В. Коновалова (2006) экспертизу качества сестринской помощи предлагает проводить по отдельным законченным случаям (по документации медицинской сестры дневного стационара) путем непреднамеренного отбора, то есть каждый случай прямого или косвенного участия в оказании медицинской помощи имеет равный шанс подвергнуться оценке [22].

Другие авторы за основу системы контроля качества предлагает использовать единую стандартизированную информационную документацию деятельности сестринского персонала, которая регламентирует нормативные требования к выполнению сестринских манипуляций и является эталоном для определения правильности и оценки качества их выполнения [28].

Итак, несмотря на возрастающую роль среднего медицинского персонала на современном этапе развития здравоохранения и необходимость разработки методических подходов к оценке качества сестринской помощи и факторов, ее обусловливающих, в целях достижения положительных результатов лечебно-диагностического процесса в психиатрической службе, крайне немногочисленны исследования, посвященные вопросам совершенствования качества сестринского ухода за суицидальными пациентами, что послужило основанием для проведения настоящего исследования

# **2. Практическая часть**

# **.1 Характеристика базы исследования**

Муниципальное учреждение здравоохранения ОГУ «Психиатрическая больница №2» организована в декабре 1988 года. Она расположена в 7 километрах от города Калининграда в поселке Прибрежный, по ул. Заводская, 13, в окружении Голубых озер, Калининградского залива и лесопарковой зоны.

Расположение зданий и сооружений приближается к типовому проекту 500-коечной психиатрической больницы. В ее структуру входят как психиатрические отделения общего типа, так и специализированные.

За этими подразделениями закреплено население Калининградской области за исключением гг. Калининграда, Светлого, Гурьевского и Зеленоградского районов.

Итого мощность больницы составляет 260 коек.

Отделения располагаются в четырех отдельных корпусах. Три корпуса двухэтажные, один четырехэтажный. Корпуса с центральным отоплением, водоснабжением, канализацией.

Больница имеет все необходимые функциональные помещения, соответствующие санитарно-техническим нормам.

Учитывая специфику больницы, связанную с обслуживанием наиболее тяжёлого контингента пациентов и то, что она является учреждением, выполняющим функции межрегионального центра по проблемам судебной психиатрии, экспертизы, интенсивной терапии и реабилитации пациентов, ведущим организационно-методическую работу, в т.ч. по организации образования в области психиатрии и медицинской психологии, письмом Минздрава России №2510/2790-31 от 20.03.2000 г. она отнесена к лечебно-профилактическим учреждениям 1 - ой категории.

Финансирование ЛПУосуществляется по нескольким статьям: средства федерального бюджета на содержание учреждений здравоохранения в соответствии со сметой расходов; средства ОМС; внебюджетные средства, включающие средства от оказания платных медицинских услуг и хозрасчетной договорной деятельности; средства, выделяемые в рамках национального проекта «Здоровье».

Больница располагает психологической, клинико-биохимической лабораторией, кабинетами стоматологическим, рентгенологическим, функциональной диагностики.

Управленческая структура**:** линейно - штабноготипа. Возглавляет больницу главный врач. У главного врача имеются заместители по клинико-экспертной работе и лечебной части.

В каждом отделении есть заведующий, который непосредственно руководит подразделением и подчиняется главному врачу.

ЛПУ оснащено современным оборудованием и расходными материалами в достаточном количестве. В больнице активно проводится работа по компьютеризации рабочих мест персонала. Создана единая компьютерная сеть. Однако остается еще большой процент не оснащенных компьютерами рабочих мест (особенно среднего медперсонала), увеличивая при этом нагрузку на медработников, которые вынуждены оформлять необходимую учетно-отчетную медицинскую документации вручную, снижая при этом мотивацию к труду.

Средний износ оборудования - 30%, а мягкого инвентаря - 28%. Имеется недостаточное снабжение медикаментами.

Мужское отделение ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда является ее структурным подразделением и предназначена для оказания медицинской помощи мужчинам, нуждающимся в стационарном лечении. Отделение занимает 2 этажа четырехэтажного здания.

Деятельность мужского отделения ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда направлена на оказание высококвалифицированной, узкоспециализированной медицинской помощи пациентам, и является вторым звеном (после районных поликлиник) в обращении за помощью для жителей Калининградской области.

Основным направлением работы отделения является проведение курсов лечения динамической группе пациентов, страдающих различными нервно - психическими расстройствами и заболеваниями, а также восстановительное комплексное лечение пациентов после перенесенных острых церебральных нарушений.

В мужском отделении работают группы специалистов в зависимости от профиля подразделения состоящие из: психиатра, нарколога, психолога, психотерапевта, невролога, хирурга, отоларинголога, офтальмолога, лаборанта, юриста, социального работника, специалиста по лечебной физкультуре, медицинской сестры, санитарки, объединенных одной целью как можно полнее реабилитировать и абилитировать душевнобольного, назначая и выполняя комплексный индивидуальный план ведения пациента, который вырабатывается всей группой специалистов под руководством заведующего отделением - врача-психиатра.

В мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» оказываются разнообразные специализированные услуги при возникновении психоневрологических расстройств: амбулаторно-поликлиническая помощь, специализированная помощь в условиях дневного (ночного) стационара, в стационаре круглосуточного пребывания.

Для проведения лечения в мужском отделении оборудованы палаты на 80 коек.

Количество палат (на 2-х этажах): 4 палаты - 2-местные, 1 палата - 3-х местная, 2 палаты - 6-ти местные, 2 палаты - 12-ти местные, 2 палаты - 7-ми местные, 1 палата - 5-ти местная, 1 палата - 4-х местная, 1 палата - 10-ти местная.

Для работы персонала выделены: процедурный кабинет, два сестринских поста, 1 кабинет старшей м/с.

Ординаторские, кабинет заведующего, кабинет психолога находятся за пределами отделения, на отдельном этаже.

В последние годы в системе здравоохранения остро стоит кадровый вопрос, связанный с недостатком медсестёр, что приводит к ухудшению качества обслуживания пациентов. Нагрузка на оставшихся медсестёр увеличивается, что в свою очередь способствует их увольнению по собственному желанию.

Штат отделения включает в себя: врачебные ставки, включая заведующего - 4. Заведующий имеет высшую квалификационную категорию врача-психиатра. Старшая медсестра - 1, процедурная медсестра - 1, ставки палатных медсестер в количестве 15 работают все, но физических лиц всего 10, из них 3 совместителя, работающих на 0,5 ставки. Санитарские ставки - 22, работают все, но физических лиц 18. Имеется 2 ставки инструктора по трудовой терапии.

На каждую штатную должность составлена должностная инструкция, которая объявляется сотруднику под расписку при заключении трудового договора.

ФОТ складывается из средств федерального бюджета, доплат за работу в системе ОМС и оказание медицинской помощи по платным услугам.

Оплата труда производится в соответствии с «Положением об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации», утвержденным приказом Минздрава России от 15.10.99 г. №377. Положение предусматривает единые принципы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании, на основе ЕТС и порядок формирования тарифных окладов (ставок), а также выплат компенсационного и стимулирующего характера, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимразрабатывается эпидгруппой ЛПУ (врач-эпидемиолог и старшая медицинская сестра по санэпидрежиму), а контроль за его соблюдением осуществляет главная медицинская сестра.

Сбор, хранение и удаление отходов ЛПУ осуществляется строго в соответствии с Санитарными правилами и нормами СанПиН 2.1.7.728-99 (утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.01.99 №2)

Обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима осуществляется в соответствии с нормативными документами.

Несмотря на недостаточную заработную плату и большую нагрузку, коллектив среднего и младшего медперсонала стационара остаётся практически стабильным. Средний возраст медсестёр равняется 34 годам.

Качественное выполнение всех обязанностей требует от медицинской сестры не только высокой профессиональной подготовленности, но и рационального использования каждой рабочей минуты.

На основании форм отчетности ЛПУ изучено движение трудовых ресурсов за период 2006-2009 г. Данные представлены в таблицах 3 и 4. Построены диаграммы 4, 5.

Таблица 3 - Движение трудовых ресурсов мужского отделения

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Год |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Число занятых сотрудников в мужском отделении | абсолютное число, чел. | 38 | 35 | 33 | 33 |
|  | относительное число, % | 100 | 92,1 | 94,3 | 100,0 |
| Число уволенных сотрудников | абсолютное число, чел. | 7 | 8 | 9 | 12 |
|  | относительное число, % | 100 | 114,3 | 112,5 | 133,3 |



Рисунок 4 - Число занятых сотрудников в динамике за 2007-2010 гг.

Вывод**.** За исследуемый период (2007-2009 гг.) в ЛПУ наблюдается незначительное уменьшение количества сотрудников в мужском отделении (на 5,7%), с 2009 г. по 2010 г. количество сотрудников остается неизменным.



Рисунок 5 - Число уволенных сотрудников, (N) в динамике за 2007-2010 гг.

Вывод: число уволенных сотрудников составляет за исследуемый период 36 человек или 71,4% от списочного состава относительно 2007 года.

Текучесть кадров можно объяснить происходящими реформами в здравоохранении, что привело к сильному отличию финансирования медицинских учреждений, имеющих Федеральное подчинение (каким и является ЛПУ). С 2007 года количество сотрудников начало уменьшаться, но за счет притока новых сотрудников младшего медицинского персонала показатель абсолютного числа занятых человек в исследуемом мужском отделении значительному колебанию не подвергся.

Таблица 4 - Распределение сотрудников среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Количество сотрудников по должностям, чел. | Всего сотрудников, чел. |
|  | средний медицинский персонал | младший обслуживающий персонал | прочий персонал. (инструкторы) |  |
| 2007 | 12 | 23 | 2 | 37 |
| 2008 | 12 | 20 | 2 | 34 |
| 2009 | 12 | 18 | 2 | 32 |
| 2010 | 12 | 18 | 2 | 32 |

Из таблицы 4 видно, что отмечается снижение числа младшего медицинского персонала, особенно в 2007-2008 гг. (на 27,8%).Одной из причин данной негативной тенденции является низкий уровень оплаты труда и увеличение нагрузки на младший и средний медицинский персонал.

На основании форм отчетности ЛПУ изучено распределение среднего медицинского персонала по квалификационным категориям за период 2007-2010 г. Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5 - Численность среднего медицинского персонала мужского отделения, имеющего квалификационные категории

|  |
| --- |
| Численность среднего медицинского персонала мужского отделения, имеющего квалификационные категории |
| Показатели | 2007 г | 2008 г | 2009 г | 2010 г |
|  | категории |
|  | выс шая | пер вая | вто рая | выс шая | пер вая | вто рая | выс шая | пер вая | вто рая | выс шая | пер вая | вто рая |
| Средний медицинский персонал, чел. | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 2 | 3 |
| % от общего числа среднего медицинского персонала | 20,0 | 40,0 | 40,0 | 30,0 | 30,0 | 40,0 | 40,0 | 30,0 | 30,0 | 50,0 | 20,0 | 30,0 |

Исходя из данных таблицы 4, видим**,** что происходит увеличение числа сотрудников среднего звена, имеющих высшую и первую квалификационную категорию, поскольку повышение квалификации медицинских сестер ведется согласно планам старших сестер подразделений, согласованным с главной медицинской сестрой и утвержденным заместителем главного врача, в подразделениях, не реже 1 раза в месяц. Так же на базе больницы ежегодно организуются циклы повышения квалификации, где медицинские сестры имеют возможность своевременно повышать свою квалификацию и получать сертификаты специалистов.

**Показатели деятельности мужского отделения**

Изучение деятельности мужского отделения за период 2008-2010 гг. проведено по данным отчетной формы №30, выписка из которой представлена в таблицах 6 и диаграммах 6, 7.

Таблица 6 *-* Статистические показатели деятельности отделения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2008 год | 2009 год | 2010 |
| Всего пациентов | 74 | 75 | 80 |
| умерло, чел. | 3 | 4 | 4 |
| летальность, % | 4 | 5,3 | 5 |
| оборот койки, чел. | 18,69 | 19,76 | 18,01 |
| индекс занятости койки | 83,15 | 84,94 | 77,03 |

Из таблицы 6 видно, что за исследуемый период в ЛПУ количество больных имеет тенденцию к росту. Так, по сравнению с 2008 годом, в 2010 г. пациентов в отделении стало на 6 человек больше, т.е. на 8,1%.



Рисунок 6 - Пациенты за период 2008-2010 гг., (N)



Рисунок 7 - Умершие пациенты за период 2008-2010 гг., (N)

Количество умерших пациентов в исследуемый период в ЛПУ остается на прежнем уровне.

Больничная летальность = число умерших х 100%/число лечившихся

Летальность в отделении в 2010 г. составляет 5%, что ниже 2009 г. на 0,3%, однако, сравнивая исследуемый период, приходим к выводу, что по сравнению с 2008 г. происходит рост летальности на 1%.

Исследуемые показатели деятельности стационара - оборот койки, индекс занятости койки незначительно снижаются.

Нами исследованы и ранжированы пациенты по различным показателям.

По демографическому признаку пациенты отделения разделены на несколько категорийпо возрастам: подростки, взрослые. Более подробное деление, указывая возрастные интервалы: 18 - 25 лет, 25 - 35 лет, 36 - 50 лет, 50 и старше, сделано на основании годового отчета больницы.



Рисунок 8 - Структура клиентов по возрастному признаку

Анализ возрастной структуры пациентов отделения показывает, что чаще они регистрируются в возрастной группе от 50 лет и старше, удельный вес которой в общей структуре составляет 34%. На втором месте в структуре, возрастная группа 36 - 50 лет (25%). Третье место занимает возрастная группа 25 -35 лет (23%).

Исследования социального состава пациентов позволил выявить группы населения. Род занятий влияет на решение пациента о приобретении медицинской услуги. Рабочие составляют (29%), учащиеся (вузов, средних специальных учебных заведений, школ - 21%). На первом месте находятся пенсионеры - 50%.



Рисунок 9 - Структура пациентов по социальному статусу

При исследовании заболеваний в ЛПУ ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда использовали статистические отчеты, предоставленные Администрацией ЛПУ ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда.

Заболевания разбили на группы (таблица 7).

Таблица 7 - Нозологическая структура заболеваний

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование заболевания | 2008 | 2009 | 2010 | 2009 г. в% к 2008 г | 2010 г. в% к 2009 г | 2010 г. в% к 2008 г |
| Фобические расстройства (агорафобия, социофобия, специфические фобии, | 10 | 12 | 13 | 120 | 108 | 130 |
| делирий | 8 | 7 | 6 | 87,5 | 85,7 | 75 |
| Мания и другие маниакальные эпизоды | 5 | 4 | 4 | 80 | 100 | 80 |
| Соматоформные расстройства разного проявления | 8 | 7 | 6 | 87,5 | 85,7 | 75 |
| Депрессивные эпизоды (легкой, средней и тяжелой степеней) и депрессии | 6 | 10 | 14 | 166 | 140 | 233 |
| Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (хроническое бредовое расстройство неуточненной и др) | 12 | 10 | 11 | 83,3 | 110 | 91,7 |
| Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя и психотропных в-в | 4 | 5 | 3 | 125 | 60 | 75 |
| Демеции (при болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, при болезни Паркинсона) | 5 | 5 | 6 | 100 | 120 | 120 |
| Специфические расстройства личности (параноидное расстройство личности, шизоидное расстройство личности, диссоциальное расстройство личности, эмоционально неустойчивое расстройство личности, тревожное расстройство личности) | 4 | 5 | 7 | 125 | 140 | 175 |
| Стойкие изменения личности | 3 | 2 | 2 | 66,7 | 100 | 66,7 |
| Расстройства сексуального предпочтения | 1 | 0 | 1 | 0 | - | 100 |
| Умственная отсталость (глубокая, неутонченная и др) | 3 | 4 | 4 | 133 | 100 | 133 |
| Расстройство поведения (депрессивные, неуточненные смешанные) | 3 | 4 | 4 | 133 | 100 | 133 |

Анализ динамики заболеваемости в ЛПУ за период с 2008 г. по 2010 г. показал, что в период c 2008-2010 гг. происходит рост ряда заболеваний, так например, в 2010 г. по сравнению с 2008 г. темпы роста фобических расстройств составили 130%. Произошло увеличение на 10%.

Вызывает озабоченность увеличение числа пациентов с депрессивными эпизодами и депрессиями, так в 2010 г. по сравнению с 2008 г. произошло увеличение числа пациентов с 166% до 233%, т.е. на 67%.

Сравнивая показатели заболеваемости по другим заболеваниям выявили, что к 2010 г. возросло количество пациентов с деменциями на 20%, с специфическими расстройствами личности на 50%, с шизофренией на 8,4%.

Однако, как показал анализ статистических отчетов больницы, есть ряд заболеваний, число которых в исследуемый период сократилось. А именно: по сравнению с 2008 г. в 2010 г. - делирий на 12,5%, соматоформные расстройства разного проявления на 12,5%, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя и психотропных веществ на 50%.

При исследовании ряда заболеваний выявили, что может возникнуть небольшое увеличение или уменьшение количества пациентов, однако по сравнению 2008 с 2010 г., количество пациентов остается постоянным. Это такие заболевания, как, умственная отсталость, стойкие изменения личности, мания, маниакальные эпизоды, расстройства поведения.

Динамика заболеваемости представлена нами на рисунке 1 в Прил. 4.

Таким образом, проведя анализ за период с 2008 по 2010 год, наблюдаем следующую тенденцию: ведущими патологиями контингента пациентов в мужском отделении ОГУ «Областная психиатрическая больница №2» г. Калининграда являются фобические расстройства, депрессии, мании, специфические расстройства личности, деменции, расстройства поведения, умственная отсталость, и др. расстройства.

Наблюдаем формирование негативных тенденций, а именно, увеличение заболеваемости депрессиями, фобическими расстройствами, деменциями.

В ЛПУ есть и положительные тенденции, а именно уменьшение числа пациентов ряда заболеваний: делирии, соматоформные расстройства разного проявления, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя и психотропных веществ.

Количество пациентов ряда заболеваний (умственная отсталость, стойкие изменения личности, мания, маниакальные эпизоды, расстройства поведения) остается постоянным.

Особое внимание врачи уделяют увеличению пациентов с депрессиями и расстройствами личности от общего количества пациентов.

# **.2 Методика исследования**

Исследование проводилось в 2008-2010 гг. в соответствии с программой исследования, направленной на получение необходимой информации и разработку предложений, соответствующих цели и задачам исследования. Методологической основой разработанной программы исследования явился системный подход, позволяющий рассматривать средний медицинский персонал стационарного звена психиатрической службы как элемент системы обеспечения качества медицинских услуг пациентам с психическими расстройствами.

База исследования - мужское отделение ОГУ «Областная психиатрическая больница №2» г. Калининграда.

Предметом исследования явилась деятельность среднего медицинского персонала мужского отделения ОГУ «Областная психиатрическая больница №2» г. Калининграда.

Объекты исследования: врачи, средний медицинский персонали пациенты мужского отделения ОГУ «Областная психиатрическая больница №2» г. Калининграда.

Объем исследования:10 медицинских сестер; 10 врачей отделения.

В исследовании участвовали пациенты мужского отделения ЛПУ. В ходе статистического анализа были обработаны регистрационные записи, занесённые в базу данных Калининградской областной психиатрической больницы №2.

Программа исследования включаларяд этапов и предусматривала использование комплекса методов: статистического, документального, социологического (анкетирования).

На первом этапе проведен анализ результатов исследований по данным отечественной и зарубежной литературы. При этом выявлено, что, несмотря, на многочисленные работы по изучению содержания и оценки профессиональной деятельности среднего медицинского персонала и факторов, его определяющих, практически отсутствуют исследования, посвященные проблемам оптимизации качества сестринской помощи суицидальным больным в стационарном звене психиатрической службы.

На втором этапе изучена производственная характеристика базы исследования, трудовые и финансовые ресурсы.

Сбор информации о квалификационной характеристике среднего медицинского персонала осуществлялся методом выкопировки из отчетных форм (№№1; 30) учреждения. Использование метода анкетирования позволило осуществить сбор информации об уровне образования, стаже работы, уровня квалификации и производственной характеристике сестринского персонала мужского отделения ЛПУ, анализе заболеваний в мужском отделении ЛПУ.

На третьем этапе разрабатывались анкеты для проведения социологического исследования, содержащие перечень вопросов, адаптированных к условиям стационара. (Прил. 1,2, 3)

Социологическое исследование пациентов проводилось с целью исследования уровня самоубийств в ЛПУ.

Анкетный опрос проводился среди 20 пациентов данного лечебного заведения, которые были разделены на две экспериментальные группы по десять человек в каждой. Одна группа суицидальных больных в возрасте от 14 - ти до 17 - ти лет, а вторая - от 18 - ти до 29-ти лет. В анкетировании участвовали пациенты выразившие принять участие в исследовании на добровольной анонимной основе. Опрос проводился в феврале м-це 2011 г.

Социологическое исследование врачебного и среднего медицинского персонала проводилось с целью оценки качества медицинской помощи, оказываемой сестринским персоналом, а также для изучения социально-психологического климата коллектива медицинских сестер ЛПУ.

На третьем этапе заполненные анкеты передавались в подразделение медицинской статистики для обработки.

Для изучения организации деятельности медицинских сестер в мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда проводился анализ использования рабочего времени медицинскими сестрами мужского отделения. В ходе совместной работы с главной медсестрой больницы и старшей медсестрой отделения были выделены манипуляции, относящиеся к основной деятельности медперсонала среднего звена ОГУ «Областная психиатрическая больница №2».

На четвертом этапе исследования проводился анализ полученных данных, осуществлялось научное обоснование основных мероприятий, направленных на совершенствование сестринского ухода за суицидальными пациентами.

На последнем этапе исследования проведены разработка и внедрение комплекса мероприятий по совершенствованию подходов к обеспечению качества сестринского ухода за суицидальными пациентами.

# **.3 Результаты анкетирования пациентов в мужском отделении**

По данным статистики мужского отделения ЛПУ, 42,5% молодых людей, покушавшихся на свою жизнь, находились в состоянии алкогольного опьянения. В целом это весьма типичная картина. Связь между злоупотреблением алкоголем и самоубийствами давно зафиксирована патологоанатомами и отмечается многими исследователями и практикующими суицидологами.

В результате опроса были получены следующие результаты:

**Первая экспериментальная группа (возраст 14 -17 лет):**

В опросе принимали участие 5 юношей и 5 девушек.

В ходе опроса 20% молодых людей ответили, что в их жизни часто бывают случаи, когда им действительно хотелось покончить с собой. Половина респондентов в этой группе (50%) ранее уже совершали те или иные суицидальные действия, а следовательно, имеют закреплённую в опыте установку на собственную смерть.



Рисунок 10 - Установка на собственную смерть, %

Среди молодых людей, совершавших в прошлом попытку самоубийства, до 60% допускают для себя возможность повторения суицида.

Согласно рис. 11 по возрасту совершения первой попытки самоубийства респонденты, имеющие суицидальный опыт, распределились следующим образом: до 14-ти лет 70%, остальные 30% в возрасте 15-16 лет.



Рисунок 11 - Возраст респондентов по первой суицидальной попытке

Согласно рис. 12 70% респондентов этой группы учатся в общеобразовательной школе, а 30% в ПТУ.



Рисунок 12 - Род занятия респондетов

Согласно рис. 13 40% живут в малообеспеченных семьях, 20% в семьях со средним доходом, оставшиеся в хорошо обеспеченных семьях (40%).



Рисунок 13 - Уровень дохода в семье респондентов



Рисунок 14 - Проживание респондентов

Согласно рис. 14 40% респондентов воспитываются только матерью, остальные проживают в полноценных семьях. И только у 10% респондентов кто-то из родителей имеет высшее образование.

У 40% кто-то из родителей злоупотребляет алкоголем.



Рисунок 15 - Употребление родителями алкоголя, %

**Вторая экспериментальная группа (возраст 18-29 лет).**

В опросе принимали участие 5 мужчин и 5 женщин.

Результаты опроса, проведённого в этой группе, показывают, что мысли о самоубийстве значительно чаще возникают у женщин (100% опрошенных женщин), но мужчины при этом чаще предпринимают реальные суицидальные действия.

У 100% опрошенных мужчин была не одна суицидальная попытка, а среди женщин только у 10%. Допускают возможность повторения попытки самоубийства 30% респондентов. 20% из тех, кто уже не один раз совершал суицидальную попытку, первый раз это произошло в возрасте до 14-ти лет.

Согласно рис. 16, 80% респондентов являются студентами различных ВУЗов, 20% работают.



Рисунок 16 - Социальный статус респондентов

Согласно рис. 17, 50% молодых людей из этой группы живут в хорошо обеспеченных семьях, и 20% в малообеспеченных.



Рисунок 17 - Уровень дохода в семьях респондентов 2 группы

В полной семье воспитывалось 70% респондентов, остальных воспитывали только матери. (Рис. 18).

У 30% кто-то из родителей имеет высшее образование, и у 30% кто-то из родителей злоупотребляет алкоголем.



Рисунок 18 - Проживание респондентов

Вывод:

В общем числе всех покушавшихся на свою жизнь преобладают студенты ВУЗов и ПТУ (50%), но лишь в силу их повышенного удельного веса в составе опрошенных.

В целом по группе обследованной молодёжи, как выяснилось, материально - экономический фактор не обладает большой дифференцирующей силой. Молодые люди, живущие в материально обеспеченных и в малоимущих семьях, примерно в одинаковой мере склонны к совершению суицидальных действий. Однако в обеих этих группах наблюдается более выраженная установка на суицид по сравнению с категорией среднеобеспеченных, где показатель суицидальной готовности значительно ниже.

С другой стороны, значимой переменой, дифференцирующей установки на самоубийство, является возраст респондентов. Так, в группе подростков самая высокая суицидальная готовность наблюдается у выходцев из бедных семей. Неравенство в распределении доходов острее переживается в подростковом возрасте. Оно усиливает разрыв между целями и средствами их реализации, рождает чувство ущербности, неверие в возможность достижения жизненного успеха

Для представителей старших возрастных групп молодёжи характерна иная тенденция: интенсивность установок на самоубийство нарастает по мере повышения уровня жизни респондентов. В результате приемлемость суицида в материально благополучных семьях здесь намного выше, чем в малоимущих. Исследование показывает, что большинство опрошенных молодых людей, на момент покушения проживали в полных семьях.

Ещё один мощный фактор суицидального поведения молодёжи - пьянство родителей. Результаты опроса показывают, что у молодых людей, живущих в семьях, где отец и особенно мать систематически злоупотребляют алкоголем, чаще возникают суицидальные мысли и намерения (40%). Наиболее высокие показатели покушений на самоубийство наблюдается в тех семьях, где родители имеют низкий уровень образования (начальное или неполное среднее). У детей образованных родителей уровень суицидальности в целом гораздо ниже.

# **.4 Оценка качества медицинской помощи в исследуемом ЛПУ**

Основой для описания и расчетов ориентировочных величин по оценке качества сестринского ухода за суицидальными пациентами, удовлетворенности врачей качеством работы среднего медицинского персонала, удовлетворенности медицинских сестер своими знаниями и качеством оказываемых сестринских услуг послужил медицинский персонал мужского отделения.

За основные критерии оценки качества работы медицинской сестры ЛПУ были приняты:

Исполнительская и трудовая дисциплина: четкое выполнение должностных обязанностей; своевременный приход и уход с работы; четкое выполнение распоряжений заведующего отделением и старшей медицинской сестры; соблюдение правил внутреннего распорядка диспансера; организация рабочего места по единым методическим рекомендациям; соблюдение почасового графика работы.

Качество выполнения врачебных назначений: выполнение манипуляций согласно листу врачебных назначений; выполнение врачебных назначений; оказание неотложной помощи; информирование лечащего врача, старшей медицинской сестры и заведующего отделением об отказе пациента от процедур; соблюдение технологии выполнения манипуляций; отсутствие постинъекционных осложнений; медикаментозное обеспечение; получение медикаментов; учет, хранение и использование медикаментов и спирта; наличие и ведение и оформление документации; соблюдение этики и деонтологии при работе с пациентами, их родственниками.

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима: качество проведения влажной текущей и заключительной уборки; качество и регулярность проведения генеральной уборки кабинета; соблюдение формы одежды и личной гигиены; соблюдение технологии дезинфекции, предстерилизационной очистки инструментария; соблюдение графика кварцевания; бактериологический контроль; соблюдение правил обращения с кровью и биологическими средами, их транспортировки.

Сохранность материальных ценностей: экономное и рациональное использование материальных ресурсов.

Оценка деятельности проводится по пятибальной системе (каждый раздел).

При увеличении объема работы за каждую отработанную смену прибавляются баллы:

наличие административных взысканий, замечаний, выговоров;

обоснованные жалобы пациентов;

отсутствие на рабочем месте более 20 минут без уважительной причины;

прогул;

наличие положительных результатов при проведении бактериологического контроля.

Если имеет место какой-либо из вышеперечисленных пунктов, член бригады лишается приработка на 100%.

Данные критерии оценки качества работы подразумевают отличные знания медсестрой всех аспектов своей работы.

Косвенно оценить качество сестринской помощи можно по уровню теоретической подготовки медсестер. С этой целью были разработаны тесты по различным разделам знаний, в частности, по общим разделам (теоретические основы сестринского дела, асептика и антисептика, инфекционная безопасность и инфекционный контроль, ВИЧ-инфекция).

Критерии оценки тестов:

до 10% ошибок - 5 баллов,

- 20% ошибок - 4 балла,

- 30% ошибок - 3 балла,

более 30% - 2 балла.

Оценка уровня знаний медицинских сестер проводились в зависимости от их категории, стажа работы и сроков обучения на курсах усовершенствования.

По вопросам на тему «Теоретические основы сестринского дела» 3 медицинские сестры из девяти показали отличные знания, 3 медсестры - удовлетворительные знания. Между уровнем знаний и квалификационной категорией прослеживается закономерность - медсестры с высшей и 1-й категорией (7 чел.) показали отличные и хорошие знания, а медсестры со 2-й и без категории (3 чел.) показали удовлетворительные знания.

Для оценки качества медицинской помощи, оказываемой сестринским персоналом, был использован метод анкетирования врачебного и сестринского персонала.

Коэффициент врачебной удовлетворенности («Кву») отражает уровень удовлетворенности врачей качеством работы медсестер отделения. «Кву» определяется как отношение числа врачей, удовлетворенных сестринской помощью (X), к их общему числу (N), т.е. по формуле (1):

«Кву» = X/N 1

В процессе анкетирования были получены следующие результаты: количество полностью удовлетворенных врачей (X) качеством сестринской помощи составило 6 человек из 10 опрошенных (N), что составляет 60%. Исходя их этого, коэффициент врачебной удовлетворенности «Кву» = 0,6.

Отсюда можно сделать вывод, что удовлетворенность врачебного персонала качеством сестринской помощи недостаточна.

Коэффициент сестринской удовлетворенности («Ксу») отражает уровень удовлетворенности медсестер своими знаниями и качеством медицинской помощи. «Ксу» определяется как отношение числа медсестер, удовлетворенных своими знаниями и качеством работы (У), к их общему числу (N), т.е. по формуле 2:

«Ксу» = У/N 2

Удовлетворенность сестринского персонала своими знаниями и качеством медицинской сестринской помощи недостаточна. Поправить ситуацию можно при условии систематического обучения медицинских сестер отделения на факультетах повышения квалификации, внедрения в отделении системы последипломной подготовки на рабочем месте: обучающие тематические семинары, конференции, зачеты, контроль практических навыков.

Для более точной оценки качества оказания сестринской медицинской помощи в исследуемом нами отделении проведем интегрированную оценку качества сестринской помощи. В качестве экспертов при проведении данной интегрированной оценки выступали врачи других отделений исследуемого ЛПУ.

Для этого составим карту интегрированной оценки сестринской помощи в мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда. (таблица 1, Прил.4).

Для этого разделим на соответствующие блоки, отвечающие за определенный раздел информации.

Блок А - Сбор и оценка информации о пациенте, где

А1 - установление контакта

А2 - правильность сбора анамнеза

А3 - точность наблюдений и интерпретации невербальных сигналов.

А4 - правильность физикального обследования.

А5 - точность краткой характеристики общего впечатления о пациенте.

Блок B1 - Определение приоритетных проблем пациента (физических, социальных, психологических). Формулировка развернутого сестринского диагноза.

Блок B2 - Определение потенциальных проблем пациента (физических, социальных, психологических). Формулировка развернутого сестринского диагноза.

Блок B3 - Адекватность ранжирования проблем пациента по степени срочности.

Блок C - Планирование сестринских реабилитационных вмешательств, где:

C1 - Планирование зависимых сестринских вмешательств (обеспечение необходимыми ресурсами, определение графика отпуска назначенных врачом процедур)

C2 - Планирование взаимозависимых сестринских вмешательств (обеспечение необходимыми ресурсами, согласование графика)

C3 - Планирование независимых сестринских вмешательств (обеспечение необходимыми ресурсами, содержание независимых вмешательств)

C4 - Согласованность с общей программой действий мультидисциплинарной бригады по данному пациенту.

Блок D - осуществление сестринских вмешательств, где:

D1 - Выполнение врачебных назначений

а) Правильность ежедневной оценки состояния пациента и определение допуска к процедуре.

б) Согласованность с пациентом о своевременном выполнении врачебных процедур.

в) Соблюдение алгоритма отпуска процедур г) Соблюдение санитарно-эпидемического режима и техники безопасности

д) Умение работать с современной аппаратурой и оборудованием.

D2 - Выполнение взаимозависимых сестринских вмешательств

а) Согласованность действий остальными членами мультидисциплинарной бригады.

б) Правильность действий медицинской сестры

D3 - Выполнение независимых сестринских вмешательств.

а) Правильность выполнения независимых вмешательств.

б) Уровень вовлеченности пациента и / или родственника в сестринский реабилитационный процесс.

Блок E - Оценка результатов, где:

E1 - Отсутствие осложнений

E2 - Эффективность взаимозависимых сестринских вмешательств

E3 - Эффективность независимых сестринских вмешательств

E4 - Уровень достижения поставленных целей. Решены ли проблемы пациента?

E5 - Уровень адаптации пациента изменившимся возможностям (МКФ или шкала Бартелл)

E6 - Эффективность обучения пациента

Блок F - Обеспечение этапности и преемственности восстановительного лечения и реабилитации, где

F1 - Правильность и полнота выписного реабилитационного сестринского эпикриза

F2 - Правильность и полнота рекомендаций для пациента.

F3 - Эффективность подготовки пациента к самостоятельному продолжению занятий на постстационарном этапе (обеспечение протезами и вспомогательным оборудованием, предоставление материалов для самостоятельных занятий).

Таким образом, метод интегрированной оценки сестринской помощи, проведенный в мужском отделении исследуемого нами ЛПУ показал результаты, аналогичные результатам, полученным в процессе анкетирования.

На базе исследуемого ЛПУ было проведено исследование социально психологического климата коллектива медицинских сестер мужского отделения, изучены факторы, оказывающие позитивное влияние на их работу.

Исследование позволило оценить социально-психологический климат (СПК) коллектива медицинских сестер; его роль для производственной деятельности; факторы, оказывающие позитивное влияние на работу медицинских сестер; статистические данные, характеризующие основные показатели работы мужского отделения за последние 5 лет; наметить пути оптимизации производственной деятельности.

По результатам исследования был составлен контур социально-психологического климата коллектива медицинских сестер ЛПУ (Рисунок 14).



Рисунок 19 - Контур социально-психологического климата коллектива медицинских сестер ЛПУ

Согласно рисунку 19, в ходе проведения исследования были получены следующие результаты: Общий уровень развития коллектива палатных медицинских сестер мужского отделения оценен как высокий (4,4). Сплоченность (4,2), открытость (4,25), организованность (4,2) и ответственность (4,35) имели высокие уровни развития. Контактность (4,6), информированность (4,6) и коллективизм (4,35) - очень высокие уровни развития.

Статистические данные, характеризующие основные показатели работы мужского отделения за последние 5 лет, свидетельствуют о том, что показатели качества работы не снижаются. Это подтверждается отсутствием осложнений, отсутствием положительных анализов обсемененности объектов внешней среды. Все это связано с высокой организованностью, ответственностью и другими основными компонентами СПК коллектива медицинских сестер.

В связи с увеличивающейся психологической и физической нагрузкой на коллектив медицинских сестер, включить в план работы мужского отделения обучение персонала навыкам психической саморегуляции, продолжать проводить мероприятия, способствующие поддержанию благоприятного социально-психологического климата.

# **.5 Методика хронометража рабочего времени медицинского персонала**

Хронометраж - вид наблюдения, при котором изучаются циклически повторяющиеся элементы оперативной работы, отдельные элементы подготовительно-заключительной работы или работы по обслуживанию рабочего места.

В исследовании участвовали 10 палатных медицинских сестер со стажем работы 5 лет и более, все имеют сертификаты по сестринскому делу в психиатрии и квалификационные категории.

Для полноты исследования распределения времени между различными видами деятельности проведем хронометражные наблюдения всех десяти палатных медицинских сестер.

Нами составлены листы хронометража каждой из медсестер (Прил.5).

На основании данных, индивидуальных листов хронометража палатных медицинских сестер мужского отделения исследуемого лечебного заведения, сгруппируем полученные данные в таблицу 1 Прил. 6.

Как видим из данных сводной таблицы, наибольшая часть времени палатных медсестер мужского отделения исследуемого лечебного учреждения тратится на выполнение основной деятельности (30,3-41,6%% времени палатной медсестры). Но в центре внимания палатной медсестры должны быть потребности пациента, а не просто техническое выполнение назначенных врачом манипуляций и процедур. Очень мало времени уделено непосредственно уходу за пациентом (в среднем от 7,0 до 8,5%), хотя этот вид деятельности должен занимать одно из лидирующих мест, т.к. оказывает большое влияние на качество сестринской помощи (отсутствие застойных явлений, инфекций, удовлетворенность пациентов, и т.д.).

Выявлено выполнение вспомогательной работы, несвязанной с обслуживанием пациентов, - «работа курьера» (12,7 - 19,8%%). Такая работа включает в себя такие манипуляции: принести историю болезни, так как пришел консультант, вызвать лаборанта или отнести анализы на экстренное обследование и т.д.

Выявлено, что работа с документами составляет у палатных медсестер исследуемого отделения от 14,6% до 20,5%, что практически соответствует времени, затрачиваемому на выполнение врачебных назначений.

Таким образом, данные о затратах рабочего времени на разные элементы работы позволяют выявить непроизводительные затраты рабочего времени и их причины; установить факты выполнения персоналом не свойственных ему функций; наметить меры по улучшению ситуации.

При проведении данных хронометражных наблюдений мы ставили основную цель - выявить непроизводительные затраты рабочего времени, не связанные с обслуживанием пациентов.

Время на служебные разговоры, по данным хронометражных наблюдений, составило от 7,0 до 9,4%%. Время на хозяйственную и прочую деятельность, по данным проведенного хронометража палатных медсестер, составило от 13,7 до 22,1%%. Соответственно получаем продолжительность смены, исследуемых палатных медицинских сестер, от 524 мин. до 624 мин. продолжительности рабочей смены, в исследуемом отделении, 10 часов, следовательно, в результате проведения хронометражных наблюдений, выявили увеличение загрузки всех палатных медицинских сестер исследуемого отделения.

Рабочая смена палатных медсестер составляет при 10-ти часовой смене фактически - от 8,7 часа до 10,40 часа.

Обобщим результаты анализа деятельности палатных медицинских сестер мужского отделения в исследуемом лечебном заведении с учетом времени на служебные разговоры и времени на отдых и личные надобности в таблице 8 и построим диаграмму 15. При этом за показатели персонала отделения возьмем максимальные показатели.

Таблица 8 - Сводная таблица анализа хронометража палатных медсестер

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование деятельности | Показатели персонала больницы | Эталон |
| Основная деятельность | 35 | 50 |
| Вспомогательная деятельность | 16,5 | 10 |
| Работа с документацией | 18,2 | 30 |
| Служебные разговоры | 8,7 | 10 |
| Хозяйственная и прочая деятельность | 16,5 | - |
| Личное время | 5,1 | - |
| Итого | 100 | 100 |



Рисунок 20 - Анализ хронометража медицинских палатных сестер

Таким образом, исходя из данных таблицы 8 и рисунка 15, можно сделать ряд выводов, а именно:

основная деятельность сестринского персонала по уходу за суицидальными пациентами не соответствует среднероссийским показателям, приведенным в методических рекомендациях по хронометражу;

- на вспомогательную деятельность медицинские сестры, затрачивают на 6,5% больше времени по сравнению со стандартом, т.к. медсестра выполняет многие функции младшего медицинского персонала;

- медперсонал мужского отделения затрачивает на заполнение документации на 11,8% меньше времени, чем по эталону, т.к. в отделении разрабатывают и внедряют более совершенные формы ведения документации. Так, сотрудники отделения, в котором проводили хронометраж, разработали специальные бланки мониторирования жизненно важных функций пациента: медицинская сестра делает в бланке только небольшую отметку, экономя, таким образом, много времени;

- на служебные разговоры медсестры затрачивают одинаковое количество времени, что подтверждает возможность взятия данного показателя за основу в дальнейших исследованиях;

- хозяйственная и прочая деятельность занимает 16,5% рабочего времени, т.к. эта работа обеспечивает связь между другими видами деятельности; в отделении личное время сотрудников занимает около 5%. Этот полученный показатель можно взять за основу и включить в нормативные документы, т.к. в эталоне этот показатель не определен.

# **.6 Оценка нагрузки медицинского персонала в исследуемом ЛПУ**

Оценку нагрузки среднего медицинского персонала мужского отделения исследуемого ЛПУ начнем с анализа укомплектованности фактически занятых должностей утвержденному их количеству по штатному расписанию.

План учета нагрузки среднего медперсонала одобрен администрацией больницы.

Анализ укомплектованности, которая характеризует полноту соответствия фактически занятых должностей утвержденному их количеству по штатному расписанию, проведем в таблице 9.

Таблица 9 - Анализ укомплектованности мужского отделения средним и младшим медицинским персоналом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Утверждено должностей по штатному расписанию | Фактически занято должностей | отклонение | Коэффициент укомплектованности |
| Среднегодовое количество должностей палатных медицинских сестер | 15 | 10 | -5 | 67% |
| Среднегодовое количество должностей младшего медицинского персонала | 22 | 18 | -4 | 82% |
| Всего | 37 | 28 | -9 | 76% |

Согласно рис. 21 штаты среднего и младшего медицинского персонала в мужском отделении исследуемого ЛПУ целом по отделению не доукомплектованы на 24% (100% - 76%).



Рисунок 21 - Анализ укомплектованности мужского отделения средним и младшим медицинским персоналом

А это значит, что количество фактически занятых должностей не соответствует тому объему услуг, который отделение планировало предоставлять. Особенно низок уровень укомплектованности средним медицинским персоналом, а именно, палатными медицинскими сестрами. Штаты данной категории персонала не доукомплектованы на 33%. Недоукомлектованность штатов младшего медицинского персонала составляет по отделению 18%.

Однако сравнение фактически занятых должностей с плановым количеством штатных должностей не позволяет достоверно оценить укомплектованность штатов при наличии отклонений фактического объема работы учреждения от планового. В этом случае необходимо выявить реально требующейся в соответствии с нормативами обслуживания количество штатных должностей, а затем - количество излишних (недостающих) должностей по категориям персонала. Определить указанные показатели можно на основании данных табл. 10.

Таблица 10 - Анализ выполнения плана средним и младшим медицинским персоналом в мужском отделении по основным показателям

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатели | По плану | фактически | Отклонение к плану, % |
| Среднегодовое количество пациентов отделения | 960,0 | 1032,0 | 107,5 |
| Среднегодовое количество штатных должностей среднего и младшего медицинского персонала | 37,0 | 28,0 | 76,0 |
| В том числе: Среднегодовое количество штатных должностей палатных медсестер | 15,0 | 10,0 | 67,0 |
| Среднегодовое количество пациентов отделения на штатную должность палатной медицинской сестры | 64,0 | 103,2 | 161,3 |
| Среднегодовое количество пациентов отделения на штатную должность младшего медперсонала | 43,6 | 57,3 | 131,4 |

Рассчитаем необходимое количество должностей и отклонения. Данные представлены в таблице 11.

Таблица 11 - Расчёт недостающих и излишних должностей среднего и младшего медицинского персонала в мужском отделении исследуемого ЛПУ

|  |  |
| --- | --- |
| Категория персонала | Количество штатных должностей |
|  | необходимое | недостающие |
| Средний медицинский персонал (палатные медицинские сестры) | 15 | 5 |
| Младший медицинский персонал (санитарки) | 22 | 4 |
| Всего | 37 | 9 |

Общее количество должностей среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения, недостающих для нормального функционирования отделения, несмотря на перевыполнение плана по объему работы, составляет 9 человек, в т.ч. - 5 человек палатных медицинских сестер, т.е. 24,32% (9/37\*100) от необходимого количества занимаемых должностей, соответственно 33,33% (5/15\*100) от необходимого количества среднего медицинского персонала (палатных медицинских сестер. Таким образом, мы видим, что особенно низок уровень укомплектованности по категории среднего медицинского персонала, т.е. палатных медицинских сестер. (Рис. 22)



Рисунок 22 - Расчет необходимого количества должностей среднего и младшего медицинского персонала в мужском отделении

Расчет недостающих (излишних) должностей необходим для определения эффективности использования фонда заработной платы работников. Поэтому, исходя из различного уровня оплаты труда специалистов разных профилей, необходимо рассчитывать количество недостающих должностей в разрезе категорий персонала и в разрезе специальностей. Для таких расчетов используют утвержденные штатные нормативы (нормы обслуживания, нормы времени, нормы нагрузки).

Делая вывод об обеспеченности мужского отделения ЛПУ кадрами среднего и младшего медицинского персонала, особое внимание хотелось бы обратить на то, что низкий уровень укомплектованности штатов в ситуации общей нестабильности состава работников ведет к перегрузке специалистов всех рассмотренных нами категорий персонала, ухудшению качества работы мужского отделения, а, следовательно, возникает вопрос о сравнимости величины экономии, полученной за счет недоукомплектации штатов, и величины убытков, понесенных бюджетом в результате снижения качества стационарного лечения населения.

Для более полной оценки нагрузки среднего медицинского персонала мужского отделения исследуемого ЛПУ проведем анализ использования рабочего времени и эффективности труда персонала.

Величина рабочего времени устанавливается путем планирования дней работы на протяжении календарного периода и регламентации продолжительности рабочей недели и рабочего дня в зависимости от характера должности и условий работы. Анализ величины и использования рабочего времени предполагает использование данных следующих источников информации:

- штатного расписания, тарификации;

- материалов табельного учета;

- отчета о труде и движении рабочей силы формы I 1-труд;

- отчета лечебно-профилактического учреждения за год формы I 30;

- отчета о развитии штатов и контингентов формы I 3-2;

- отчета учреждения здравоохранения о размерах заработной платы рабочих и служащих по отдельным профессиям и должностям формы 1 55-Т (здрав.);

- материалов нормирования рабочего времени и прочей документации.

Анализ использования рабочего времени осуществляется путем сравнения фактического количества рабочих дней с плановым в расчете на одну должность и на весь персонал больницы. При анализе рабочего времени календарный фонд включает в себя фонд внерабочего времени (выходные и праздничные дни) и номинальный фонд рабочего времени, который в учреждениях здравоохранения увеличивается на количество дней, отработанных персоналом больницы в выходные и праздничные дни. С целью оценки эффективности использования рабочего времени необходимо выделить величины нормируемых и ненормируемых потерь времени.

Проведем анализ использования рабочего времени на основании данных таблицы 12.

Таблица 12 - Анализ использования рабочего времени средним медицинским персоналом мужского отделения исследуемого ЛПУ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатели | Рабочее время, чел.-дн. | Отклонение (+/-) | Выполнение плана, % |
|  | По плану | фактически | На 1 долж ность | По всему персоналу |  |
|  | На 1 долж ность | всего | На 1 долж ность | всего |  |  |  |
| среднегодовое число штатных должностей среднего медицинского персонала (палатных медицинских сестер) |  | 15 |  | 10 |  | -5 | 67,0 |
| Календарный фонд времени | 365 | 5475 | 365 | 3650 | 0 | -1875 | 67,0 |
| Праздничные и выходные дни | 60 | 900 | 60 | 600 | 0 | -300 | 67,0 |
| Номинальный фонд времени | 315 | 4725 | 316 | 3160 | 1 | -1565 | 67,0 |
| В том числе отработано в праздничные дни | 10 | 150 | 11 | 110 | 1 | -40 | 73,0 |
| Нормируемые и ненормируемые выходы на работу | 50 | 750 | 51 | 510 | 1 | -240 | 68,0 |
| В том числе отпуск | 45 | 675 | 44 | 440 | -1 | -235 | 65,0 |
| По листку временной нетрудоспособности | 10 | 150 | 12 | 120 | 2 | -30 | 80,0 |
| Неявки с разрешения администрации | 3 | 45 | 4 | 40 | 1 | -5 | 89,0 |
| Активный фонд рабочего времени | 255 | 3825 | 255 | 2550 | 0 | -1275 | 67,0 |
| Ненормируемые целодневные невыходы | 1 | 15 | 1 | 10 | 0 | -5 | 67,0 |
| Полезный фонд рабочего времени | 254 | 3810 | 254 | 2540 | 0 | -1270 | 67,0 |

Данные таблицы 12 позволяют сделать вывод о том, что недовыполнение плана по фонду рабочего времени на 33% (100% - 67%) явилось полностью следствием недоукомплектованности штатов.

Наблюдается увеличение количества нормируемых невыходов на работу на 1 день в расчете на одну должность.

Для оценки уровня использования рабочего времени применяются показатели, характеризующие соотношение между отдельными элементами баланса рабочего времени, которые рассчитаем по следующим формулам:

коэффициент использования номинального фонда рабочего времени К(ном):

К(ном)=Такт / Тном………………………………………… 3

коэффициент эффективного использования номинального фонда рабочего времени Кэ.ном:

Кэ.ном = Тпол / Тном ………………………………………… … … 4

коэффициент потерь Кпот:

Кпот = Тпот / Такт………………………………………………… … …5

коэффициент работы в выходные и праздничные дни:

Кпразд = Тпразд / Тном………………………………………………… 6

где,

Т ном - номинальный фонд рабочего времени;

Т акт - активный фонд рабочего времени;

Т пол - полезный фонд рабочего времени;

Т пот - потери (ненормированные невыходы);

Т празд - время, отработанное в выходные и праздничные дни.

Проведем оценку указанных показателей в таблице 13

Таблица 13 - Анализ коэффициентов использования рабочего времени среднего медицинского персонала мужского отделения исследуемого ЛПУ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели использования рабочего времени | Расчет показателей, % | Изменение (+,-) |
|  | По плану | фактически |  |
| Коэффициент использования номинального фонда | 80,9524 | 80,6962 | -0,26 |
| Коэффициент эффективного использования номинального фонда | 80,6349 | 80,3797 | -0,26 |
| Коэффициент потерь | 0,3922 | 0,3922 | 0,00 |
| Коэффициент работы в выходные и праздничные дни | 3,1746 | 3,4810 | 0,31 |

Согласно таблице 11, отклонения показателей от их планового уровня можно считать незначительными. В целом уровень использования рабочего времени соответствует плановому. При этом следует обратить внимание не повышение числа нормируемых невыходов на работу, в особенности в связи с временной нетрудоспособностью.

Не на много увеличился коэффициент работы в выходные и праздничные дни, на 0,31, что свидетельствует об ответственности работников, и старании выполнить работу в срок, несмотря на праздники.

Анализ рабочего времени и эффективности труда предполагает характеристику таких показателей рабочего времени, как средняя продолжительность рабочей недели и средняя продолжительность рабочего дня.

Причем в условиях высокого уровня совместительства целесообразным будет представить эти показатели в расчете на одну должность и на одного работника (таблица 14).

Таблица 14 - Анализ рабочего времени персонала мужского отделения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | Категории персонала | Всего |
|  | Средний медперсонал | Младший медперсонал |  |
| Численность работников, отработавших целый месяц | 10 | 18 | 28 |
| Число занимаемых ими должностей | 15 | 22 | 37 |
| Сумма продолжительности рабочей недели по каждой должности, чел.-ч | 614,4 | 1320 | 1934,4 |
| Средняя продолжительность рабочей недели, ч: А) на должность Б) на работника |  60 61,44 |  60 73,33 |  60,0 67,39 |
| Средняя продолжительность рабочего дня, ч: А) на должность Б) на работника |  10,0 10,24 |  10,0 12,22 |  10,00 10,23 |
| Отклонение | +0,24 | +0,22 | +0,23 |

На основании таблицы 12 можно отметить, что по категориям персонала от средних медицинских работников (палатные медицинские сестры) к младшему медицинскому персоналу увеличивается не только продолжительность рабочего дня в расчете на должность, но и разность между продолжительностью дня, рассчитанной на одну должность и на одного работника, а значит, увеличивается уровень совместительства. В среднем по больнице при 6-дневной рабочей неделе специалист находится на рабочем месте в течение 10,24 часа, что в принципе ненормально, и негативно влияет на качество работы. Но, тем не менее, хотелось бы опустить этот показатель до уровня 10 часов, т.к. этот показатель, косвенным образом сказывается на увеличение числа невыходов на работу в связи с временной нетрудоспособностью.

Таким образом, мы выяснили, что важное значение имеет и квалификационная структура персонала. Измерение влияния этих характеристик труда и его организации на фактический уровень производительности труда представляется довольно сложным и дорогостоящим делом. Зная, что перечисленные факты в совокупности в конечном счете находят отражение в снижении затрат труда и повышении интенсивности работы персонала, целесообразно оценить, в какой степени изменение уровня обслуживания было результатом влияния экстенсивных факторов.

Увеличение средней продолжительности рабочего дня среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения исследуемого ЛПУ стало результатом изменения структуры как по признаку квалификации профессии и специальности, так и по условиям труда персонала. Что же касается составляющих факторов увеличения среднечасового, обслуживания, то на данном уровне аналитической информации невозможно выяснить, стало ли это увеличение результатом интенсификации труда или следствием ухудшения качественных характеристик труда среднего персонала.

Здесь же хотелось бы отметить чрезвычайно неблагоприятное влияние на работу персонала такого фактора, как уровень укомплектованности штатов.

Так как в целом по отделению недостающее число занимаемых должностей составляет 9 и можно говорить о превышении норм обслуживания в расчете на число обслуживаемых палатными медицинскими сестрами пациентов отделения установленных штатными нормативами. Превышение этих норм также свидетельствует о снижении качества услуг, предоставляемых больницей психически больным пациентам города.

# **Выводы и предложения**

1. Анализ статистических данных Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, регистрационных записей, занесённых в базу данных Калининградской областной психиатрической больницы №2, показал, что:

- по России в период с 2008-2010 г. происходит небольшое снижение уровня суицидов;

за последние три года (2008, 2009, 2010 гг.) в Калининградской области произошло в общей сложности 1437 самоубийств, не завершившихся смертью суицидентов. Количество суицидальных попыток в обследованный период имело тенденцию к росту.

наибольшее число самоубийств среди мужчин наблюдаются в возрастной группе 45-54 года;

значительными факторами суицидального поведения являются злоупотребление алкоголем и депрессивные расстройств;

по абсолютному количеству самоубийств после мужчин на втором месте стоят подростки, так по Калининградской области число детских, молодёжных и подростковых самоубийств в последние годы увеличивалось быстрее, чем в старших возрастных категориях. прирост в 2007 г. по сравнению с 2005 г. составил - 300%;.

среди суицидентов преобладают лица с относительно невысоким образовательным уровнем и относительно низким социальным статусом (рабочие, безработные, не работающие и не учащиеся).

к группам повышенного суицидального риска относятся военнослужащие срочной службы, заключенные, офицеры в отставке и лица, вышедшие на пенсию;

среди женщин намного чаще встречаются самоотравления (65,9%), среди мужчин - умышленное самокалечение: нанесение ножевых ран, вскрытие вен и др. (59,2%).

Уровень суицида в России, и в частности, в Калининградской области, растет. Количество суицидальных попыток увеличивается, не зависимо от возрастной категории. Это говорит о глубочайшем кризисе в психиатрической службе здравоохранения в Российской Федерации.

В Калининградской области, как и по России в целом, растет необходимость в создании определенных программ реабилитации и помощи суицидальным пациентам, в обеспечении качественного сестринского ухода.

Несмотря на возрастающую роль среднего медицинского персонала на современном этапе развития здравоохранения и необходимость разработки методических подходов к оценке качества сестринской помощи и факторов, ее обусловливающих, в целях достижения положительных результатов лечебно-диагностического процесса в психиатрической службе, крайне немногочисленны исследования, посвященные вопросам совершенствования качества сестринского ухода за суицидальными пациентами, что послужило основанием для проведения настоящего исследования

В результате проведенного нами исследования мужского отделения Муниципального учреждения здравоохранения ОГУ «Психиатрическая больница №2» мы пришли к следующим выводам:

Несмотря на недостаточную заработную плату и большую нагрузку, коллектив среднего и младшего медперсонала поликлиники остаётся практически стабильным. Средний возраст медсестёр равняется 34 годам;

из десяти палатных медицинских сестер высшую медицинскую категорию имеют 5 специалистов, т.е. 50%; первую медицинскую категорию - 2 специалиста, т.е. 20%.;

с 2007 года в отделении наблюдается достаточно большая текучесть кадров, в основном за счет младшего медицинского персонала. Объяснением этой тенденции служит увеличивающаяся нагрузка и низкая оплата труда. Но за счет вновь прибывших численность обслуживающего медицинского персонала отделения практически не подвергается колебаниям;

проведя анализ динамики заболеваний за период с 2008 по 2010 год, наблюдаем следующую тенденцию: ведущими патологиями контингента пациентов в мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда являются фобические расстройства, депрессии, мании, специфические расстройства личности, деменции, расстройства поведения, умственная отсталость, и др. расстройства.

В результате проведенного хронометража использования рабочего времени медицинских сестер ОГУ «Областная психиатрическая больница №2» г. Калининграда в мужском отделении, выявили:

основная деятельность сестринского персонала не составляет половину рабочего времени (30 - 41%) и не соответствует среднероссийским показателям, приведенным в методических рекомендациях по хронометражу, мало времени уделено непосредственно уходу за пациентом (в среднем от 7,0 до 8,5%);

- на вспомогательную деятельность медицинские сестры, участвовавшие в эксперименте, затрачивают на 6,5% больше времени по сравнению со стандартом, т.к. медсестра выполняет многие функции младшего медицинского персонала;

- медперсонал мужского отделения затрачивает на заполнение документации на 11,8% меньше времени, чем по эталону, т.к. в отделении разрабатывают и внедряют более совершенные формы ведения документации;

- на служебные разговоры медсестры затрачивают одинаковое количество времени, что подтверждает возможность взятия данного показателя за основу в дальнейших исследованиях;

- хозяйственная и прочая деятельность занимает 16,5% рабочего времени, т.к. эта работа обеспечивает связь между другими видами деятельности; в отделении личное время сотрудников занимает около 5%.

продолжительность смены палатных медицинских сестер от 524 мин. до 624 мин. продолжительности рабочей смены в отделении 10 часов, т.е. в результате проведения хронометражных наблюдений, выявили увеличение загрузки всех палатных медицинских сестер исследуемого отделения.

При проведении анализа анкетирования суицидальных пациентов пришли к ряду выводов:

В общем числе всех покушавшихся на свою жизнь преобладают студенты ВУЗов и ПТУ (50%), но лишь в силу их повышенного удельного веса в составе опрошенных.

В целом по группе обследованной молодёжи, как выяснилось, материально - экономический фактор не обладает большой дифференцирующей силой. Молодые люди, живущие в материально обеспеченных и в малоимущих семьях, примерно в одинаковой мере склонны к совершению суицидальных действий. Однако в обеих этих группах наблюдается более выраженная установка на суицид по сравнению с категорией среднеобеспеченных, где показатель суицидальной готовности значительно ниже.

С другой стороны, значимой переменой, дифференцирующей установки на самоубийство, является возраст респондентов. Так, в группе подростков самая высокая суицидальная готовность наблюдается у выходцев из бедных семей. Неравенство в распределении доходов острее переживается в подростковом возрасте. Оно усиливает разрыв между целями и средствами их реализации, рождает чувство ущербности, неверие в возможность достижения жизненного успеха

Для представителей старших возрастных групп молодёжи характерна иная тенденция: интенсивность установок на самоубийство нарастает по мере повышения уровня жизни респондентов. В результате приемлемость суицида в материально благополучных семьях здесь намного выше, чем в малоимущих. Исследование показывает, что большинство опрошенных молодых людей, на момент покушения проживали в полных семьях.

Ещё один мощный фактор суицидального поведения молодёжи - пьянство родителей. Результаты опроса показывают, что у молодых людей, живущих в семьях, где отец и особенно мать систематически злоупотребляют алкоголем, чаще возникают суицидальные мысли и намерения (40%). Наиболее высокие показатели покушений на самоубийство наблюдается в тех семьях, где родители имеют низкий уровень образования (начальное или неполное среднее). У детей образованных родителей уровень суицидальности в целом гораздо ниже.

Особое место в терапии суицидальных пациентов занимает уход за ними, который полностью осуществляется медицинским персоналом. Для ухода за психическими больными медсестра должна обладать всё более сложными медицинскими, естественнонаучными, а также техническими познаниями и навыками. Это как раз и отчётливо проявляется в проведении терапевтических процедур психически больным людям, который включает в себя не только выдачу им лекарственных препаратов, но и создание лечебного режима в отделении, способствующего скорейшему выздоровлению. Уход за психически больным включает и проведение санитарно - гигиенических мероприятий, создание в отделении режима покоя, и оптимизма.

Центральной частью преодоления кризисного состояния человека и определения путей его выхода из трудных ситуаций является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Для профилактики самоубийств важное значение имеет выяснение состояния эмоционально - волевой сферы человека, покончившего с собой, его психическое отношение к предстоящему суициду.

В ходе исследования на одном из этапов была проведена оценка качества сестринского ухода за суицидальными пациентами.

Была проведена оценка нагрузки медицинского персонала как важного критерия качественного сестринского ухода в мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда.

При анализе укомплектованности фактически занятых должностей утвержденному их количеству по штатному расписанию в мужском отделении выявили:

штаты среднего и младшего медицинского персонала не доукомплектованы на 24% (100,0 - 76), а значит, количество фактически занятых должностей не соответствует тому объему услуг, который отделение планировало предоставлять.

низок уровень укомплектованности средним медицинским персоналом, а именно, палатными медицинскими сестрами. Штаты данной категории персонала не доукомплектованы на 33%. Недоукомлектованность штатов младшего медицинского персонала составляет по отделению 18%.

Общее количество должностей среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения, недостающих для нормального функционирования отделения, несмотря на перевыполнение плана по объему работы, составляет 9 человек, в т.ч. - 5 человек палатных медицинских сестер, то есть 24,32% от необходимого количества занимаемых должностей, соответственно 33,33% от необходимого количества среднего медицинского персонала (палатных медицинских сестер

Низкий уровень укомплектованности штатов в ситуации общей нестабильности состава работников ведет к перегрузке медицинского персонала, ухудшению качества работы мужского отделения.

При проведении анализа использования рабочего времени и эффективности труда персонала пришли к ряду выводов:

недовыполнение плана по фонду рабочего времени на 33% явилось полностью следствием недоукомплектованности штатов;

наблюдается увеличение количества нормируемых невыходов на работу на 1 день в расчете на одну должность.

уровень использования рабочего времени соответствует плановому;

не на много увеличился коэффициент работы в выходные и праздничные дни, на 0,31, что свидетельствует об ответственности работников, и старании выполнить работу в срок, несмотря на праздники.

по категориям персонала от средних медицинских работников (палатные медицинские сестры) к младшему медицинскому персоналу увеличивается не только продолжительность рабочего дня в расчете на должность, но и разность между продолжительностью дня, рассчитанной на одну должность и на одного работника, т.е. увеличивается уровень совместительства. В среднем по больнице при 6-дневной рабочей неделе специалист находится на рабочем месте в течение 10,24 часа, что негативно влияет на качество работы. Но, тем не менее хотелось бы опустить этот показатель до уровня 10 часов, т.к. этот показатель, косвенным образом сказывается на увеличение числа невыходов на работу в связи с временной нетрудоспособностью.

увеличение средней продолжительности рабочего дня среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения исследуемого ЛПУ стало результатом изменения структуры как по признаку квалификации профессии и специальности, так и по условиям труда персонала.

по отделению недостающее число занимаемых должностей составляет 9 и можно говорить о превышении норм обслуживания в расчете на число обслуживаемых палатными медицинскими сестрами пациентов отделения установленных штатными нормативами. Превышение этих норм свидетельствует о снижении качества услуг, предоставляемых больницей психически больным пациентам города.

**Предложения**

В качестве рекомендаций на основании проведенного анализа качества сестринского ухода за суицидальными пациентами можно предложить следующие:

для снижения нагрузки на средний медицинский персонал, в исследуемом отделении, предлагаем ввести в штат дополнительно 2 единицы должности младшей медицинской сестры (на полные 2 медицинские ставки), при этом произойдет значительное снижение нагрузки на средний медицинский персонал, позволит медицинским сестрам большее количество времени уделять своей основной деятельности, освободив их частично от вспомогательной деятельности и хозяйственной деятельности.

Данное предложение рассмотрим с практической стороны: обозначим обязанности младшей медицинской сестры в должностной инструкции; составим примерную карту хронометражных наблюдений двух младших медицинских сестер на основании хронометражных карт наблюдений палатных медсестер и составим примерную карту хронометражных наблюдений палатной медицинской сестры с учетом снижения ее загруженности в связи с вводом двух единиц палатных младших медсестер.

Предлагаем, в должностную инструкцию младшей палатной медицинской сестры ввести следующие виды рабочей деятельности медсестры, которые в настоящее время выполняют палатные медицинские сестры:

1) вспомогательная деятельность:

- подготовка к работе;

сопровождение пациента вне ЛПУ;

мытье инструментария, подготовка к сдаче в ЦСО;

кварцевание кабинетов и палат.

подготовка материалов и биксов для стерилизации.

) Хозяйственная деятельность:

обеспечение стерильным инструментарием и перевязочным материалом.

) работа с документацией:

выписка направлений на анализы.

Таким образом, значительная часть вспомогательных и хозяйственных работ будет выполняться младшими медицинскими сестрами, на которых будут возложены только вышеперечисленные обязанности. Выполнение данных обязанностей должно выполняться младшими медицинскими сестрами в тесном сотрудничестве со средним медицинским персоналом и под их контролем. Только в таком случае у среднего медицинского персонала снизится общая загруженность и останется больше времени на выполнение основных обязанностей, связанных непосредственно с назначениями врачей, а также контактами с пациентами и их подготовкой к обследованиям и процедурам, что очень важно в нашем исследуемом лечебном заведении, имеющем профиль психиатрического заведения и специфику заболеваний пациентов. Соответственно произойдет значительное улучшение качества обслуживания пациентов средним медицинским персоналом, что очень важно для пациентов с психиатрическими заболеваниями.

В Приложении 5 приведем примерные индивидуальные листы хронометража двух младших медицинских сестер.

Данные проекты распределения обязанностей и времени младших медицинских сестер позволяют сделать вывод о том, что практически все обязанности среднего медицинского персонала, связанные со вспомогательной и хозяйственной деятельностью будут возложены на младших медицинских сестер. Загруженность данного персонала будет соответствовать норме, т.е. 10-ти часовому рабочему дню с перерывом на прием пищи, отдых и личные надобности.

В приложении приведем примерный индивидуальный лист распределения времени и обязанностей среднестатистической медицинской сестры мужского отделения исследуемого ЛПУ, с учетом наличия в штатном расписании двух младших медицинских сестер и выполнением ими ряда обозначенных обязанностей.

На основании проектных данных приложения 6 можно сгруппировать примерное распределение времени и обязанностей среднего медицинского персонала мужского отделения для обеспечения качественного ухода за суицидальными больными.

Таблица 15 - Группировка распределения времени и обязанностей среднего медицинского персонала в проектных условиях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование деятельности | Проектируемое время, мин | % к итогу |
| Основная деятельность | 388 | 64,7 |
| Работа с документацией | 65 | 10,8 |
| Служебные разговоры | 37 | 6,2 |
| Хозяйственная и прочая деятельность | 80 | 13,3 |
| Личное время | 30 | 5,0 |
| Итого | 600 | 100,0 |

Анализ распределения проектируемого времени и обязанностей среднего медицинского персонала мужского отделения показывает, что предложенное нами мероприятие высвобождает для выполнения основной деятельности 29,7% времени. Т.е. вместо среднестатистических фактических 35% получаем 64,7%. Данный факт свидетельствует о том, что пациентам будет больше уделяться времени и внимания, процедуры и назначения будут выполняться без спешки и более внимательно, следовательно, значительно улучшится качество обслуживания психически больных пациентов, которые особенно нуждаются во внимании среднего медицинского персонала. Другим немаловажным фактором осуществления данного проекта является снижение загруженности среднего медицинского персонала, что также будет способствовать улучшению качества обслуживания пациентов исследуемого нами отделения.

Одним из важнейших направлений повышения качества обслуживания пациентов и снижения загруженности среднего медицинского персонала, в мужском отделении исследуемого ЛПУ, мы считаем разработку и внедрение стандартов сестринской практики.

Проведение работы по стандартизации сестринской деятельности позволит планомерно осуществить аттестацию специалистов на рабочем месте, первым этапом которой и послужит разработка стандартов профессиональной деятельности.

Так, например, можно внедрить современные протоколы ведения пациентов и стандарты в диагностику и лечение некоторых заболеваний.

Протокол ведения пациентов - это описание унифицированной технологии оказания медицинской помощи. В протоколе ведения пациентов модель - собирательное описание пациента, которое конструируется из набора переменных (нозологической формы, стадии, фазы и осложнений заболевания) и их разного сочетания.

Наиболее рациональным и общепринятым подходом при моделировании является использование или создание классификаций той нозологической группы, которая становится объектом стандартизации.

При организации рабочих мест в исследуемом нами отделении с учетом реализации одного из направлений современной медицины - использования информационно-коммуникационных технологий - необходимо провести компьютеризацию рабочих мест руководителей сестринских служб всех уровней и палатных медицинских сестер. Также необходимо не только в исследуемом отделении, но и во всей больнице создать локальную компьютерную сеть. Относительно исследуемого нами мужского отделения, предлагаю установить 6 компьютеров - один - заведующему отделением, два - лечащим врачам, один - старшей медицинской сестре, два - в сестринских комнатах для палатных медсестер. Затраты на организацию локальной компьютерной сети во всей больнице для нашего отделения учитывать не будем, т.к. их сумму невозможно вычленить из общих затрат по ЛПУ.

Рассчитаем затраты на проведение предлагаемых мероприятий для снижения нагрузки на средних медицинских работников в целях повышения качества сестринского ухода за суицидальными пациентами.

Таблица 16 - Затраты на проведение мероприятий в мужском отделении исследуемого нами ЛПУ с целью снижения загруженности среднего медицинского персонала

|  |  |
| --- | --- |
| Предлагаемые мероприятия | Сумма затрат, руб. |
| Приобретение персональных компьютеров | 150000,0 |
| Приобретение компьютерных столов | 18000,0 |
| Приобретение компьютерных кресел | 15000,0 |
| Затраты на услуги программиста при установке самих компьютеров и компьютерного обеспечения | 25000,0 |
| Годовая заработная плата младших медицинских сестер | 168000,0 |
| Начисления на заработную плату | 43680,0 |
| Всего затрат | 419680,0 |

Расшифровка к затратам по предлагаемым мероприятиям (цены ориентировочные):

цена 1 компьютера - 25000,0 руб.; 6 шт.\*25000 руб. = 150000 руб.

цена 1 компьютерного стола - 3000,0 руб.; 6 шт.\*3000,0 руб.=18000 руб.;

цена 1 компьютерного кресла - 2500,0 руб.; 6 шт. \*2500 руб.= 15000 руб.;

месячная зарплата одной младшей медицинской сестры - 7000 руб.

Годовой фонд заработной платы составит: 2 чел.\*7000 руб.\*12 мес.= 168000 руб.

начисления на зарплату - 26%; за год сумма начислений составит: 168000 руб. \* 26%/100% =43680 руб.

Так как мужское отделение исследуемого ЛПУ оказывает платные медицинские услуги населению, то рассчитаем предполагаемый экономический эффект от проведения предлагаемых нами мероприятий.

Исходя из документации отделения, за 2010 год платных услуг оказано на сумму 629341,58 руб.

Согласно, Инструкции по расчету стоимости медицинских услуг (временная) от 10.11.1999 г., предполагаемый экономический эффект от проведения предлагаемых нами мероприятий составит:

341,29 руб. - 419 680,0 руб. = 209661,29 руб.

В связи с тем, что в результате предлагаемых мероприятий снизится нагрузка на средний медицинский персонал мужского отделения исследуемого нами ЛПУ, произойдет высвобождение определенного количества времени на выполнение основной деятельности медицинских сестер, т.е. улучшится качество обслуживания пациентов, в результате чего произойдет повышение репутации исследуемого ЛПУ в городе. Это означает, что количество платных пациентов значительно возрастет, а это означает, что предлагаемые мероприятия быстро окупятся, и будут приносить прибыль, значительно большую, чем до проведения мероприятий.

# **Заключение**

Современный этап развития здравоохранения ставит по-новому вопросы качества медицинской помощи, оказываемой населению. Должный уровень медицинской помощи, может быть, достигнут только при соответствующем штатном обеспечении учреждений здравоохранения. Формирование численности медицинского персонала, установление норм труда, рациональная расстановка и использование кадров - наиболее значимые составляющие системы нормирования труда в здравоохранении, которые базируются на отраслевых нормативных документах по труду.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, пришли к ряду выводов:

суициды, их уровень и динамика, служат одним из важнейших индикаторов социальной, экономической, политической ситуации общества;

Согласно статистическим данным Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского в России каждый год кончают с собой около 60 тысяч человек.

Проанализировав уровень суицидов в Российской Федерации и в Калининградской области в частности, выявили следующие тенденции:

в период с 2008-2010 г. происходит небольшое снижение уровня суицидов;

наибольшее число самоубийств среди мужчин наблюдаются в возрастной группе 45-54 года;

значительными факторами суицидального поведения являются злоупотребление алкоголем и депрессивные расстройств;

по абсолютному количеству самоубийств после мужчин на втором месте стоят подростки, так по Калининградской области число детских, молодёжных и подростковых самоубийств в последние годы увеличивалось быстрее, чем в старших возрастных категориях. прирост в 2010 г. по сравнению с 2007 г. составил - 30%;.

среди суицидентов преобладают лица с относительно невысоким образовательным уровнем и относительно низким социальным статусом (рабочие, безработные, не работающие и не учащиеся).

к группам повышенного суицидального риска относятся военнослужащие срочной службы, заключенные, офицеры в отставке и лица, вышедшие на пенсию;

на первом месте по способу ухода из жизни - - самоповешение, на втором - отравление, далее следует применение холодного оружия, падение с высоты, применение огнестрельного оружия (у мужчин) и утопление (у женщин);

среди женщин намного чаще встречаются самоотравления (65,9%), среди мужчин - умышленное самокалечение: нанесение ножевых ран, вскрытие вен и др. (59,2%).

Уровень суицида в России, и в частности, в Калининградской области, растет. Количество суицидальных попыток увеличивается, не зависимо от возрастной категории. Это говорит о глубочайшем кризисе в психиатрической службе здравоохранения в Российской Федерации.

В Калининградской области, как и по России в целом, растет необходимость в создании определенных программ реабилитации и помощи суицидальным пациентам, в обеспечении качественного сестринского ухода.

Исследовав вопросы, касающиеся качества медицинской помощи, приходим к ряду выводов:

качество сестринской помощи рассматривают как совокупность характеристик и медико-экономических показателей, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям пациента, современному уровню медицинской науки;

основными критериями качества сестринской помощи являются: доступность, непрерывность и преемственность, безопасность, результативность.

Несмотря на возрастающую роль среднего медицинского персонала на современном этапе развития здравоохранения и необходимость разработки методических подходов к оценке качества сестринской помощи и факторов, ее обусловливающих, в целях достижения положительных результатов лечебно-диагностического процесса, крайне немногочисленны исследования, посвященные вопросам совершенствования эффективности деятельности среднего медицинского персонала стационарного звена психиатрической службы, что послужило основанием для проведения настоящего исследования

В результате исследований на базе мужского отделения ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда выявили ряд факторов:

отделение рассчитано на 80 коек. Пациентов обслуживают два поста медицинских сестер. Имеются столовая, буфет, процедурный кабинет, подсобные помещения.

за период с 2008 по 2010 год ведущими патологиями контингента пациентов в мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда являются фобические расстройства, депрессии, мании, специфические расстройства личности, деменции, расстройства поведения, умственная отсталость, и др. расстройства;

формирование негативных тенденций, а именно, увеличение заболеваемости депрессиями, фобическими расстройствами, деменциями;

уменьшение числа пациентов ряда заболеваний: делирии, соматоформные расстройства разного проявления, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя и психотропных веществ;

количество пациентов ряда заболеваний (умственная отсталость, стойкие изменения личности, мания, маниакальные эпизоды, расстройства поведения) остается постоянным.

Исследовав медицинский персонал мужского отделения ОГУ пришли к ряду выводов:

Несмотря на недостаточную заработную плату и большую нагрузку, коллектив среднего и младшего медперсонала больницы остаётся практически стабильным. Средний возраст медсестёр равняется 34 годам.

с 2007 года по настоящее время в отделении наблюдается достаточно большая текучесть кадров, в основном за счет младшего медицинского персонала. Объяснением этой тенденции служит увеличивающаяся нагрузка и низкая оплата труда. Но за счет вновь прибывших численность обслуживающего медицинского персонала отделения практически не подвергается колебаниям;

из десяти палатных медицинских сестер высшую медицинскую категорию имеют 5 специалистов, т.е. 50%; первую медицинскую категорию - 2 специалиста, т.е. 20%.;

большое значение в обеспечении качества сестринской помощи имеет система повышения квалификации медицинских кадров, которая должна формировать у специалиста системный подход к решению конкретных задач, приближать теоретические знания к практическим навыкам работы, применять знания психологии в общении с пациентами.

анализ повышения среднего медицинского персонала, имеющего высшую, первую и вторую медицинскую категорию за период с 2007 года по 2010 год показывает, что ежегодно квалификация среднего медицинского персонала растет, что способствует более высокому качеству обслуживания пациентов.

В результате проведенного хронометража использования рабочего времени медицинских сестер ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда в мужском отделении, выявили:

основная деятельность сестринского персонала не составляет половину рабочего времени (30 - 41%) и не соответствует среднероссийским показателям, приведенным в методических рекомендациях по хронометражу, мало времени уделено непосредственно уходу за пациентом (в среднем от 7,0 до 8,5%);

- на вспомогательную деятельность медицинские сестры, участвовавшие в эксперименте, затрачивают на 6,5% больше времени по сравнению со стандартом, т.к. медсестра выполняет многие функции младшего медицинского персонала;

- медперсонал мужского отделения затрачивает на заполнение документации на 11,8% меньше времени, чем по эталону, т.к. в отделении разрабатывают и внедряют более совершенные формы ведения документации;

- на служебные разговоры медсестры затрачивают одинаковое количество времени, что подтверждает возможность взятия данного показателя за основу в дальнейших исследованиях;

- хозяйственная и прочая деятельность занимает 16,5% рабочего времени, т.к. эта работа обеспечивает связь между другими видами деятельности; в отделении личное время сотрудников занимает около 5%;

продолжительность смены палатных медицинских сестер от 524 мин. до 624 мин. продолжительности рабочей смены в исследуемом отделении 10 часов, т.е. в результате проведения хронометражных наблюдений, выявили увеличение загрузки всех палатных медицинских сестер исследуемого отделения.

Нами была проведена оценка нагрузки медицинского персонала в мужском отделении ОГУ «Психиатрическая больница №2» г. Калининграда.

При анализе укомплектованности фактически занятых должностей утвержденному их количеству по штатному расписанию в мужском отделении выявили:

штаты среднего и младшего медицинского персонала не доукомплектованы на 24% (100,0 - 76), а значит, количество фактически занятых должностей не соответствует тому объему услуг, который отделение планировало предоставлять.

низок уровень укомплектованности средним медицинским персоналом, а именно, палатными медицинскими сестрами. Штаты данной категории персонала не доукомплектованы на 33%. Недоукомлектованность штатов младшего медицинского персонала составляет по отделению 18%.

Общее количество должностей среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения, недостающих для нормального функционирования отделения, несмотря на перевыполнение плана по объему работы, составляет 9 человек, в т.ч. - 5 человек палатных медицинских сестер, то есть 24,32% от необходимого количества занимаемых должностей, соответственно 33,33% от необходимого количества среднего медицинского персонала (палатных медицинских сестер

Делая вывод об обеспеченности мужского отделения ЛПУ кадрами среднего и младшего медицинского персонала, особое внимание хотелось бы обратить на то, что низкий уровень укомплектованности штатов в ситуации общей нестабильности состава работников ведет к перегрузке медицинского персонала, ухудшению качества работы мужского отделения.

При проведении анализа использования рабочего времени и эффективности труда персонала пришли к ряду выводов:

недовыполнение плана по фонду рабочего времени на 33% явилось полностью следствием недоукомплектованности штатов;

наблюдается увеличение количества нормируемых невыходов на работу на 1 день в расчете на одну должность.

уровень использования рабочего времени соответствует плановому;

не на много увеличился коэффициент работы в выходные и праздничные дни, на 0,31, что свидетельствует об ответственности работников, и старании выполнить работу в срок, несмотря на праздники.

по категориям персонала от средних медицинских работников (палатные медицинские сестры) к младшему медицинскому персоналу увеличивается не только продолжительность рабочего дня в расчете на должность, но и разность между продолжительностью дня, рассчитанной на одну должность и на одного работника, т.е. увеличивается уровень совместительства. В среднем по больнице при 6-дневной рабочей неделе специалист находится на рабочем месте в течение 10,24 часа, что негативно влияет на качество работы. Но, тем не менее хотелось бы опустить этот показатель до уровня 10 часов, т.к. этот показатель, косвенным образом сказывается на увеличение числа невыходов на работу в связи с временной нетрудоспособностью.

увеличение средней продолжительности рабочего дня среднего и младшего медицинского персонала мужского отделения исследуемого ЛПУ стало результатом изменения структуры как по признаку квалификации профессии и специальности, так и по условиям труда персонала.

в целом по отделению недостающее число занимаемых должностей составляет 9 и можно говорить о превышении норм обслуживания в расчете на число обслуживаемых палатными медицинскими сестрами пациентов отделения установленных штатными нормативами. Превышение этих норм свидетельствует о снижении качества медицинской помощи, услуг, предоставляемых больницей пациентам города.

В общем числе всех покушавшихся на свою жизнь преобладают студенты ВУЗов и ПТУ (50%), но лишь в силу их повышенного удельного веса в составе опрошенных.

в целом по группе обследованной молодёжи, как выяснилось, материально - экономический фактор не обладает большой дифференцирующей силой. Молодые люди, живущие в материально обеспеченных и в малоимущих семьях, примерно в одинаковой мере склонны к совершению суицидальных действий.

Наблюдается более выраженная установка на суицид по сравнению с категорией среднеобеспеченных, где показатель суицидальной готовности значительно ниже.

С другой стороны, значимой переменой, дифференцирующей установки на самоубийство, является возраст респондентов. Так, в группе подростков самая высокая суицидальная готовность наблюдается у выходцев из бедных семей. Неравенство в распределении доходов острее переживается в подростковом возрасте. Оно усиливает разрыв между целями и средствами их реализации, рождает чувство ущербности, неверие в возможность достижения жизненного успеха

Для представителей старших возрастных групп молодёжи характерна иная тенденция: интенсивность установок на самоубийство нарастает по мере повышения уровня жизни респондентов. В результате приемлемость суицида в материально благополучных семьях здесь намного выше, чем в малоимущих. Исследование показывает, что большинство опрошенных молодых людей, на момент покушения проживали в полных семьях.

Ещё один мощный фактор суицидального поведения молодёжи - пьянство родителей. Результаты опроса показывают, что у молодых людей, живущих в семьях, где отец и особенно мать систематически злоупотребляют алкоголем, чаще возникают суицидальные мысли и намерения (40%). Наиболее высокие показатели покушений на самоубийство наблюдается в тех семьях, где родители имеют низкий уровень образования (начальное или неполное среднее). У детей образованных родителей уровень суицидальности в целом гораздо ниже.

# **Список использованных источников**

1. Актуальные проблемы и перспективы развития сестринского дела на современном этапе / И.В. Поляков, Р. Лихтман, А. Гайдаенко, Т.М. Зеленская // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Семашко. - 2008. - Вып. 3. - С. 107-111.

2. Бахтина JI.K. Новые медсестры для нового тысячелетия // Сестринское дело. - 2001.- №1.-С. 18-19.

. Блинова Н.И., Хохлова И.А. Опыт реформирования деятельности сестринского персонала ЦРБ // Главная медицинская сестра. - 2001. - №7. - С. 11 - 17.

4. Бубликова И.В. Роль медсестер в повышении качества медицинской помощи // Сестринское дело - 2004. - №1. - С. 4-6.

. Васюкова Н.А. Личность пациента и действия медсестры // Сестринское дело - №6 - 2000

6. Венедиктов Д.Д. Международные проблемы здравоохранения. - М.: Медицина, 2002. - 374 с.

7. Вишнякова В. Психиатрия и гуманизм // Сестринское дело. - 2006. - №3. - С. 46-47.

. Вовин Р.Я., Иванов М.Я. // Социальная и клиническая психиатрия. 1995-С. 72-78.

. Гилинский Я., Г. Румянцева Основные тенденции динамики самоубийств в России [Электронный ресурс]. - Режим доступа:http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html#3)

. Гилинский Я.И. Самоубийство (суицид) // Российская социологическая энциклопедия / Под. Ред. Г.В. Осипова. М.: НОРМА-ИНФРА, 2003. С. 457-458.

11. Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоц. Работы. - 1994. - №1. - С. 44-52.

12. Греков И.Г. Критерии оценки клинической деятельности сестринских служб многопрофильной больницы // Главная медицинская сестра. - 2004. - №8. - С. 35-41.

13. Греков И.Г. Некоторые подходы к классификации сестринских производственных функций // Главная медицинская сестра. - 2004. - №6. - С. 49 - 53.

. Грошева, Р.Л. Современные задачи сестринского дела / Р.Л. Грошева // Сестринское дело. - 2006. - №1. - С. 19.

15. Двойников С.И., Лапик С.В., Павлов Ю.П. Организация как объект управления // Главная медицинская сестра, №7, 2005, с. 61 - 66

16. Дружинина А. О сестринском деле // Сестринское дело. №3 1997 г.

. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994

. Железняк Е.С., Вишняков Н.И., Петрова Н.Г. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в больнице // Здравоохранение РФ. - 1998. - №5. - С. 39-40.

. Зеневич Г.В. Вопросы диспансеризации психически и нервно больных. М. 1993. - С. 42-44.

20. Иванова С.С. Государственная программа развития сестринского дела в России // Здравоохранение. - 1999. - №3. - С. 19-24.

21. Каспрук Л.И. Медицинские кадры среднего звена: тенденции рынка труда, подготовка, требования // Медицинская сестра. - 2008.- №1.-с. 38

22. Коновалова Т.А. Деятельность администрации ЛПУ по социальной защите среднего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. - 2002. - №6. - С. 25-27.

. Кудрина Т.В., Новосельский А.Н., Маслова Е.В., Кудряшева Т.В. Опыт работы Совета медицинских сестер городской клинической больницы восстановительного лечения №5 // Современные сестринские технологии в практическом здравоохранении: Материалы конференции средних медицинских работников Центрального федерального округа, Иваново. - 2005. -

24. Левшанков А.И. Пути повышения качества сестринской помощи // Сестринское дело. - 2004. - №4-5. - С. 55-56.

. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. - М.: Наука, 2009. - 296 с.

26. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. В 3 т. - М: Медицина, 2003. - 368 с.

27. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - М: <МЕДпресс> 1998 г. - С. 370-375.

. Мосалова Л.Ф., Домахина С.В., Пикулева Г.С., Шишко Г.Е. Все по уходу за больными на дому / Под ред. Никитина Ю.П.М.: Гэотар-Медиа. 2009 - 664 с.

29. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету Основы сестринского дела: Учебник - М.:Родник, 1998. - 352 с.

30. Практика социальной работы: обзор основных направлений. - Энциклопедия социальной работы. - В 2-х т. - Т.2. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. - С. 301-308

31. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. / Под. Ред. И.В. Дубровиной - М.: Академия, 2005. - С. 23-34.

32. Руководство по психиатрии. Под. Ред. Г.В. Морозова. М. Медицина. 1998; - том 2 - С. 535-540.

33. Рябчикова Т.В., Назарова Н.А. Сестринский процесс, учебно-методическое пособие, ВУНМЦ, 2000. - 42 с.

34. Смайловская М.С. Маркетинг в здравоохранении: теоретические аспекты // Маркетинг услуг, №3, 2005 г.

. Саркисова В.А. Управление качеством сестринской помощи // Сестринское дело. - 2003. - №3. - С. 5-6.

. Социальная медицина и организация здравоохранения (Учебное руководство) под редакцией академика РАМН Ю.П. Лисицына - Казань, 1998. - 698 с.

. Степанов С., Глушкова Н. Профессиональная заболеваемость российских медиков // Сестринское дело. - 2003. - №3. - С. 10-12.

. Сырцова Л.Е., Костродымов Н.Н. и др. Основы управления в здравоохранении и менеджмент // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: - М., 1994. - С. 140-169.

39. Тапинский Л.С. Учебник для подготовки младших медсестер по уходу за больными. - М.: Медицина, 1995.

. Творогова Н.Д. Психология управления как основа деятельности руководителей медсестринских служб. // Главная медицинская сестра, №12, 2005, с. 37 - 40

. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологи. Труды Моск. НИИ психиатрии /Отв. Ред. А.А. Портнов. 1978. Т. 82. С. 59-73.

. Харди, И. Врач, сестра, больной / И. Харди. - Будапешт, 1981. - 286 с.

. Чеканов М.М. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии // ЭКСМО - 2006. С. 30-65.

. Шабров A.B., Поляков И.В., Твердохлебов A.C., Котова Г.Н. Гигиеническое поведение студентов и среднего медицинского персонала // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002. - №6. - С. 11-14

45. Ширяева Е.С. Профессиональная заболеваемость средних медицинских работников: миф или реальность? // Сестринское дело. - 2001. - №5. - С. 1011.

. Медицинский портал г. Калининграда - http://www.med39.ru/

. Официальный сайт Министерство здравоохранения и социального развития РФ //www.mzsrrf.ru

48. Сайт психиатрической больницы №2 **[**Электронныйресурс]. - Режим доступа: http://psihiatriya.ru/